



Terveydenhuollon ammatti- henkilöiden jatkuva ammatillinen kehittyminen ja täydennyskoulutus EU- ja EFTA-maissa

– Kirjallisuuskatsaus

Terveystenhuollon ammattihenkilöiden jatkuva
ammattillinen kehittyminen ja täydennyskoulutus
EU- ja EFTA-maissa
– Kirjallisuuskatsaus

Sosiaali- ja terveysministeriö

ISBN: 978-952-00-3901-1

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2018

Kuvailulehti

Julkaisija	Sosiaali- ja terveysministeriö		31.1.2018
Tekijät	Jenna Kukkonen		
Julkaisun nimi	Terveydenhuollon ammattihenkilöiden jatkuva ammatillinen kehittyminen ja täydennyskoulutus EU- ja EFTA-maissa – Kirjallisuuskatsaus		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 4/2018		
ISBN PDF	978-952-00-3901-1	ISSN PDF	2242-0037
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3901-1		
Sivumäärä	59	Kieli	suomi
Asiasanat	sosiaalihuolto, terveydenhuolto, ammatit, EU-maat, EFTA, täydennyskoulutus		
<p>Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistämässä terveydenhuollon ammattihenkilölain kokonaisuudistusta. Terveydenhuollon ammattihenkilölaissa säädetään myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksesta. Tämä kirjallisuuskatsaus antaa tietoa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksen sääntelystä ja käytännöistä Euroopassa terveydenhuollon ammattihenkilölain kokonaisuudistuksen käyttöön. Kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin Euroopan unionin jäsenmaiden ja EFTA-maiden terveydenhuollon täydennyskoulutusjärjestelmien toimivuutta. Kirjallisuuskatsaus kohdistui lääkäreihin, hammaslääkäreihin, apteekkialan ammattilaisiin, sairaanhoitajiin, ja kättilöihin. Tulosten mukaan EU- ja EFTA-maissa (n=31) terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutusvelvoite vaihteli maittain ja ammattiryhmittäin, eikä yhtenäisiä rakenteita ollut käytössä. Täydennyskoulutus oli pakollista 28 EU-/EFTA-maassa ainakin yhdelle terveydenhuollon ammattihenkilöryhmälle. Myös vapaaehtoinen täydennyskoulutus toteutui 28 maassa ainakin yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilöryhmässä. Kolmessa maassa täydennyskoulutus ei ollut pakollista yhdellekään terveydenhuollon ammattiryhmälle. Täydennyskoulutus oli yhteydessä ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensointiin, uudelleenrekisteröintiin tai revalidointiin 17 maassa, joissa oli käytössä pakollinen täydennyskoulutus. Mikäli henkilö ei noudattanut pakollista täydennyskoulutusvelvoitetta, seuraamuksena saattoi olla väliaikainen ammatinharjoittamisoikeuden menetys, nuhteet ja välitön ammatinharjoittamisoikeuden menetys. Muita mahdollisia seuraamuksia olivat esimerkiksi sakot, ansionmenetykset, ammatilliset rajoitukset, seuranta-aika tai ammattitaitoa arvioiva koe. Moniammatilliseen täydennyskoulutukseen osallistuivat eniten kättilöt ja vähiten sairaanhoitajat. Jokaisessa EU-/EFTA-maassa oli käytössä täydennyskoulutuksen akkreditointijärjestelmä ainakin yhdessä terveydenhuollon ammattiryhmässä, mutta akkreditointikäytännöissä oli merkittävää vaihtelua eri maiden ja ammattiryhmien välillä. Terveydenhuollon ammattihenkilöt rahoittivat tavallisimmin itse täydennyskoulutukseen osallistumisensa. Lähes yhtä usein rahoittajana oli työnantaja.</p>			
Kustantaja	Sosiaali- ja terveysministeriö		
Julkaisun myynti/jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Presentationssblad

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet		31.1.2018
Författare	Jenna Kukkonen		
Publikationens titel	Kontinuerlig yrkesmässig utveckling och fortbildning för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i EU- och EFTA-länder – Litteraturoversikt		
Publikationsseriens namn och nummer	Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 4/2018		
ISBN PDF	978-952-00-3901-1	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3901-1		
Sidantal	59	Språk	finska
Nyckelord	socialvård, hälso- och sjukvård, yrken, EU-länder, EFTA, fortbildning		
<p>Social- och hälsovårdsministeriet ska inleda en total översyn av lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården stadgas också om fortbildning för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Denna litteraturoversikt ger information om reglering och praxis för fortbildning av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i Europa för användning i översynen av lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I litteraturoversikten utredde hur fortbildningssystemen inom hälso- och sjukvården i EU:s medlemsländer och EFTA-länderna fungerar. Litteraturoversikten fokuserades på läkare, tandläkare yrkesutbildade personer inom apoteksbranschen, sjukskötare och barnmorskor. Resultatet är att i EU- och EFTA-länderna (n=31) varierar fortbildningsskyldigheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården från land till land eller från yrkesgrupp till yrkesgrupp och inga enhetliga strukturer användes. Fortbildning var obligatorisk i 28 EU-/EFTA-länder åtminstone för en grupp av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Även frivillig fortbildning skedde i 28 länder i åtminstone en grupp av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I tre länder var fortbildning inte obligatorisk för någon grupp av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Fortbildning kopplades till förnyad licens för att få utöva yrket, nyregistrering eller revalidering i 17 länder där obligatorisk fortbildning var i bruk. Ifall en person inte uppfyller den obligatoriska fortbildningsskyldigheten kunde följden bli en tillfällig förlust av rätten att utöva yrket, en reprimand och omedelbar förlust av rätten att utöva yrket. Andra möjliga påföljder var till exempel böter, inkomstförlust, yrkesmässiga begränsningar, uppföljningstid eller prov för att bedöma yrkesskickligheten. I yrkesövergripande fortbildning deltog störst andel barnmorskor och minst andel sjukskötare. I varje EU-/EFTA-land användes ett ackrediteringssystem för fortbildningen åtminstone i en grupp av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, men det fanns betydande skillnader i ackrediteringspraxis mellan olika länder och yrkesgrupper. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården finansierade oftast själv sitt deltagande i fortbildning. Nästa lika ofta stod arbetsgivaren för finansieringen.</p>			
Förläggare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Beställningar/ distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: julkaisutilaukset.valtioneuvosto.fi		

Sisältö

JOHDANTO	7
1 KESKEISET KÄSITTEET	9
1.1 Terveystieteiden ammattihenkilö	9
1.2 Jatkuva ammatillinen kehittyminen	9
1.3 Täydennyskoulutus	10
1.4 Revalidointi	11
2 KIRJALLISUUSKASAUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
3 KÄYTETYT MENETELMÄT	13
3.1 Aineiston hakustrategia.....	13
3.2 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	13
3.3 Aineiston hakuprosessi	14
3.4 Aineiston analyysi	15
3.5 Aineiston kuvaus.....	15
4 TULOKSET	17
4.1 Terveystieteiden täydennyskoulutuksen sääntely ja ohjaus Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa	17
4.1.1 Kansallinen lainsäädäntö	17
4.1.2 Sääntely ja ohjaus kansainvälisesti ja muissa maissa	19
4.1.3 Kansalliset ohjeet, suositukset ja selvitykset.....	29
4.1.4 Ammattipätevyysdirektiivi sekä kansainväliset ohjeet ja suositukset	30
4.2 Terveystieteiden ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisoikeus ja täydennyskoulutuksen toteutuminen Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa ...	31
4.2.1 Terveystieteiden ammattihenkilöiden rekisteröinti	32

4.2.2	Pakollinen täydennyskoulutus	32
4.2.3	Pakollisen täydennyskoulutuksen yhteys ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensointiin, uudelleenrekisteröintiin tai revalidointiin.....	34
4.2.4	Vapaaehtoinen täydennyskoulutus	41
4.2.5	Puutteellinen täydennyskoulutus.....	41
4.2.6	Täydennyskoulutuksen järjestäjät ja järjestämis muodot	41
4.2.7	Moniammatillinen täydennyskoulutus	42
4.3	Terveystenhuollon täydennyskoulutuksen laatu, rahoitus ja seuranta Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa	43
4.3.1	Täydennyskoulutustoiminnan akkreditointi.....	43
4.3.2	Täydennyskoulutustoiminnan rahoitus	45
4.3.3	Terveystenhuollon ammattihenkilöiden oppimistarpeiden arviointi	46
4.3.4	Täydennyskoulutuksen seuranta	46
4.3.5	Kannustimet täydennyskoulutukseen osallistumiseksi	47
5	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	49
	LÄHTEET	51
	LIITTEET	54

JOHDANTO

Terveystenhuollon ammattihenkilöiden jatkuvalla ammatillisella kehittämisellä tarkoitetaan tietojen, taitojen ja pätevyyden elinikäistä ja järjestelmällistä ylläpitämistä, parantamista, täydentämistä sekä hankkimista (European Commission 2015). Elinikäinen oppiminen ja jatkuva ammatillinen kehittyminen nähdään terveydenhuollon ammattilaisilla entistä tarpeellisemmaksi työurien pidentyessä (Valtioneuvoston kanslia 2014, Fellows & Edwards 2016). Suomalaisen tutkintojen viitekehyksen mukaan jokaisella tutkintoasteella tulisi saavuttaa elinikäisen oppimisen taidot (A120/2017).

Vuonna 2005 annettua Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviä 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta muutettiin direktiivillä 2013/55/EU. Tällöin ammattipätevyysdirektiiviin artiklaan 22 liitettiin säännös terveydenhuollon säänneltyjen ammattihenkilöryhmien jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä. Tämä säännös implementoitiin terveydenhuollon ammattihenkilölakiin vuoden 2016 alusta lukien.

Kunnallisen työmarkkinalaitoksen (2017) seurannan mukaan vuonna 2016 sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutukseen osallistui lääkäreistä ja hammaslääkäreistä noin 91 %, muista korkeakoulutetuista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä noin 81 % sekä ammattikorkeakoulututkinnon tai vastaavan tutkinnon suorittaneista noin 80 %. Lääkäreillä ja hammaslääkäreillä täydennyskoulutuspäiviä kertyi vuodessa keskimäärin 6,1, muilla korkeakoulutetuilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä 5,3 sekä ammattikorkeakoulututkinnon tai vastaavan tutkinnon suorittaneilla 3,6. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2017.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää Euroopan unionin jäsenmaiden ja EFTA-maiden terveydenhuollon täydennyskoulutusjärjestelmien toimivuutta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksen sääntelystä ja käytännöistä sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistettävää terveydenhuollon ammattihenkilölain kokonaisuudistusta varten. Keskeisenä lähteenä käytettiin Euroopan komission vuosina 2013-2014 teettämää tutkimusta lääkärin,

hammaslääkärien, apteekkialan ammattilaisten, sairaanhoitajien ja kättilöiden täydennyskoulutusjärjestelmistä 28 Euroopan unionin jäsenmaassa¹ ja kolmessa EFTA-maassa². (European Commission 2015.)

¹ Itävalta, Belgia, Bulgaria, Kroatia, Kypros, Tšekki, Tanska, Viro, Suomi, Ranska, Saksa, Kreikka, Unkari, Irlanti, Italia, Latvia, Liettua, Luxemburg, Malta, Puola, Portugali, Romania, Slovakia, Slovenia, Espanja, Ruotsi, Hollanti ja Iso-Britannia (European Commission 2015).

² Norja, Islanti ja Sveitsi (European Commission 2015).

1 KESKEISET KÄSITTEET

1.1 Terveysthuollon ammattihenkilö

Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilöillä tarkoitetaan laillistettuja, luvan saaneita ja nimikesuojattuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat oikeutettuja toimimaan asianomaisissa ammateissa ja käyttämään niihin liittyviä ammattinimikkeitä. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammateissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito hoitamaansa tehtävään. Heillä ei kuitenkaan ole oikeutta käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi määräämiinsä ehdoin myöntää henkilölle, joka ei ole EU- tai ETA-valtion kansalainen ja joka on suorittanut koulutuksensa EU- tai ETA-alueen ulkopuolella, ammatinharjoittamisluvan. Suomessa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto myöntää terveydenhuollon ammattihenkilöille ammatinharjoittamisoikeuden ja oikeuden käyttää suojattua ammattinimikettä. (L559/1994, Valvira 2017.)

Euroopan unionissa lääkärin, hammaslääkärin, proviisorin, sairaanhoitajan ja kättilön ammatit kuuluvat ammattipätevyyden automaattisen tunnustamisen piiriin (L559/1994, EU/2013/55). Tämä kirjallisuuskatsaus rajattiin Euroopan unionin jäsenmaissa tai EFTA-maissa ammatinharjoittamisoikeuden saaneisiin lääkäreihin, hammaslääkäreihin, farmaseutteihin, proviisoreihin, sairaanhoitajiin ja kättilöihin.

1.2 Jatkuva ammatillinen kehittyminen

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitaidon ajantasaisuus voidaan varmistaa jatkuvalla ammatillisella kehitymisellä (OECD 2016). Jatkuvalla ammatillisella kehitymisellä tarkoitetaan elinikäisen tiedon, taitojen ja pätevyyden järjestelmällistä ylläpitoa, parantamista, täydentämistä sekä hankkimista (European Commission 2015). Jatkuva ammatillinen kehittyminen auttaa harjoittamaan ammattia turvallisesti ja tehokkaasti (EU/2013/55), parantamaan hoitotuloksia sekä lisäämään luottamusta ammattilaisiin (European Commission 2015).

Kansainvälisessä kirjallisuudessa jatkuvasta ammatillisesta kehitymisestä käytetään termiä continuous professional development tai continuing professional development ja lyhennettä CPD (European Commission 2015). Termillä CPD tarkoitetaan usein myös täydennyskoulutusta (STM 2004a). Lisäksi kansainvälisessä lääketieteellisessä

kirjallisuudessa on käytössä termi CME (continuing medical education), jolla tarkoitetaan lääketieteellisen osaamisen jatkuvaa kehittymistä. CPD nähdään tällöin laajempänä käsitteenä, joka sisältää CME:n. (Merkur ym. 2008.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa täydennyskoulutus sisältyy osaksi jatkuvaa ammatillista kehittymistä ja niitä käytetään synonyymeina.

1.3 Täydennyskoulutus

Terveydenhuollon täydennyskoulutuksella tavoitellaan työntekijän ammatillisten perusvalmiuksien ylläpitämistä ja syventämistä sekä uusien työtapojen kehittämistä ja omaksumista. Suomessa työntekijällä on oikeus, velvollisuus ja mahdollisuus osallistua työnantajan kustantamaan täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutus voi toteutua muun muassa sisäisinä koulutustilaisuuksina, työyhteisöjen kehittämishankkeina, työnohjauksena tai ulkopuolisina koulutuksina. (STM 2003.)

Terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksen mukaan täydennyskoulutus voidaan jakaa ammatilliseen täydennys- ja pätevytymiskoulutukseen, työllisyyskoulutukseen sekä avoimeen korkeakouluopetukseen. Täydennyskoulutuksen hyviin käytäntöihin kuuluvat täydennyskoulutuksen suunnittelu, toteutus ja mahdollistaminen sekä seuranta ja arviointi. Suunnittelussa on tärkeä huomioida täydennyskoulutuksen eri osapuolten tarpeet, ja suunnitella se yhdessä siihen osallistuvien kanssa. Suunnittelu-työssä voidaan hyödyntää henkilöstön kehityskeskusteluita, osaamiskartoituksia, urasuunnitelmia sekä tietoja täydennyskoulutuksen arvioinnista ja seurannasta. Täydennyskoulutuksen toteutuksessa tulisi käyttää monipuolisia opetusmenetelmiä, kuten verkko- ja etäopetusta. Seurannan tulisi tapahtua yksilö-, ammattiryhmä- ja organisaatiotasolla. Yksilötason seurannassa voidaan hyödyntää kehityskeskusteluita, osaamiskansioita, koulutuskortteja, lokikirjoja sekä sähköisiä nimikirjoja ja täydennyskoulutusrekistereitä. Täydennyskoulutusta arvioitaessa voidaan käyttää itsearviointia ja koulutuksen ulkopuolista arviointia. (STM 2004a.)

Kansainvälisessä kirjallisuudessa täydennyskoulutus jaetaan pakolliseen ja vapaaehtoiseen. Pakolliset täydennyskoulutusvaatimukset ovat toimivaltaisen viranomaisen tai ammatillisen toimielimen (competent authority e.g. regulator or professional body) ennalta asettamia. Pakollinen täydennyskoulutus edellyttää esimerkiksi tietyn opintopistemäärän hankkimista määritellyssä ajassa. Vapaaehtoinen täydennyskoulutus ei lähtökohtaisesti sisällä samoja vaatimuksia kuin pakollinen täydennyskoulutus, mutta siihen voi myös kuulua pakottavia vaatimuksia, kuten pakolliset täydennyskoulutusvaatimukset ammattiliiton jäsenille. Vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustuu esimerkiksi toimivaltaisen viranomaisen tai ammatillisen toimielimen (competent authority e.g. regulator or professional body) edellytyksiin. (European Commission 2015.)

1.4 Revalidointi

Revalidoinilla tarkoitetaan prosessia, jossa terveydenhuollon ammattihenkilöt osoittavat säännöllisin väliajoin ammattitaitonsa ajantasaisuuden. Revalidointia voidaan käyttää osaamisen arvioinnin ja kehittämisen menetelmänä, jolla tuetaan ammattitoiminnan asianmukaisuutta. Revalidointi voi olla edellytys ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensoimiselle ja -rekisteröinnille. Uudelleenlisensoinnilla tarkoitetaan ammatillisenssin tai sertifikaatin uusimista määrätyn ajan sisällä. Uudelleen rekisteröinnillä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön nimen säilyttämistä pätevien, lisensoitujen tai sertifioitujen ammattilaisten ammattihenkilörekisterissä. (European Commission 2015.)

Pakollinen täydennyskoulutus saattaa liittyä ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensointiin, uudelleenrekisteröintiin tai revalidointiin. Vapaaehtoinen täydennyskoulutus ei ole yhteydessä ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensointiin, uudelleenrekisteröintiin eikä revalidointiin. (European Commission 2015.)

2 KIRJALLISUUSKASAUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhuollon täydennyskoulutusjärjestelmien toimivuutta Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksen sääntelystä ja käytännöistä sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistettävää terveydenhuollon ammattihenkilölain kokonaisuudistusta varten.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

Miten terveydenhuollon täydennyskoulutusta ohjataan Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa?

- Mitkä lait ohjaavat täydennyskoulutuksen toteutumista?
- Mitkä ohjeet, suositukset ja selvitykset ohjaavat täydennyskoulutuksen toteutumista?

Miten terveydenhuollon täydennyskoulutus toteutuu Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa?

- Miten terveydenhuollon ammattihenkilöiden rekisteröinti liittyy ammatinharjoittamisoikeuteen?
- Miten täydennyskoulutusjärjestelmien pakollisuus ja vapaaehtoisuus toteutuu?
- Miten täydennyskoulutusta järjestetään?
- Miten moniammatillinen täydennyskoulutus toteutuu?

Miten terveydenhuollon täydennyskoulutuksen laatu, rahoitus ja seuranta on varmistettu Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa?

- Miten täydennyskoulutusta akkreditoidaan?
- Miten täydennyskoulutusta rahoitetaan?
- Miten terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamistarpeita arvioidaan ja täydennyskoulutusta seurataan?
- Mitä kannustimia täydennyskoulutukseen osallistumiseen liittyy?

3 KÄYTETYT MENETELMÄT

3.1 Aineiston hakustrategia

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin systemoituna kirjallisuuskatsauksena (Suhonen ym. 2015). Tiedonhaku suoritettiin syyskuussa 2017 CINAHL, PubMed, Medic ja Web of Science -tietokantoihin. Tiedonhakua täydennettiin manuaalisella tiedonhauulla Internetissä ja kirjastossa. Hakulausekkeet muodostettiin terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja täydennyskoulutusta kuvaavista hakusanoista. Hakulausekkeista muodostettiin tarkoituksella riittävän laajat, jotta ne tavoittaisivat riittävästi oleellisia tutkimuksia. Hakulausekkeita käytettiin systemaattisesti jokaisessa tietokannassa, ja haun rajaukset tehtiin kunkin tietokannan saatavilla olevien toimintojen mukaisesti (liite 1).

3.2 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Kirjallisuuskatsauksen aineisto valittiin ennalta määriteltyjen mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella (taulukko 1). Aineistoksi hyväksyttiin kansalliset ja kansainväliset tutkimukset, lait, asetukset, direktiivit, ohjeet, suositukset sekä selvitykset. Tutkimuskysymysten muotoilussa käytettiin apuna Euroopan komission julkaisemaa tutkimusta Euroopan unionin jäsenmaiden ja EFTA-maiden lääkäreiden, hammaslääkäreiden, apteekkialan ammattilaisten, sairaanhoitajien sekä kättilöiden täydennyskoulutusjärjestelmistä (European Commission 2015). Rajausta terveydenhuollon ammattihenkilöissä tehtiin kuten Euroopan komission tutkimuksessa eli se kohdistui lääkäreihin, hammaslääkäreihin, apteekkialan ammattilaisiin (farmaseutteihin ja proviisoreihin), sairaanhoitajiin sekä kättilöihin. Kirjallisuuskatsauksesta suljettiin pois aineisto, joka oli toteutettu pro gradu -tutkielmana tai sisälsi vanhentunutta tietoa.

Katsaukseen hyväksytyn aineiston tuli vastata sisällöltään tutkimuskysymyksiin. Jotta kirjallisuuskatsaus pystyttiin toteuttamaan kohtuullisin resurssein, aineiston tuli olla luettavissa suomen tai englannin kielellä. Mukaan valittujen tutkimusten tuli olla alkuperäistutkimuksia tai katsausartikkeleita. Aineistoon ei hyväksytty asiantuntija-artikkeleita, koska ne eivät vastanneet sisällöltään tutkimuskysymyksiin. Aikarajaus tehtiin vuosille 2006-2017, sillä katsauksella haluttiin tavoittaa mahdollisimman ajankohtaiset tutkimukset. Muun aineiston osalta hyväksyttiin ennen vuotta 2006 julkaistua tutkimuskysymysten kannalta relevantteja lähteitä. Jotta mukaan valittu aineisto olisi mahdollisimman luotettavaa, valittiin mukaan vertaisarvioituissa tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistut tutkimukset. Euroopan komission tutkimus oli hallinnollisen toimielman julkaisu, joten se asetettiin myös mukaanottokriteeriksi. Tutkimusten läpikäynnin

nopeuttamiseksi mukaan valittiin suomen tai englannin kielellä julkaistut tutkimukset, joista oli abstrakti saatavilla.

Taulukko 1. Aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
<p><i>Lait, asetukset, direktiivit, ohjeet, suositukset ja selvitykset:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sisältö vastaa tutkimuskysymyksiin – Kohdistuu lääkäreihin, hammaslääkäreihin, farmaseutteihin, proviisoreihin, sairaanhoitajiin tai kätilöihin – Julkaistu englannin tai suomen kielellä <p><i>Tieteelliset tutkimukset:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sisältö vastaa tutkimuskysymyksiin – Kohdistuu lääkäreihin, hammaslääkäreihin, farmaseutteihin, proviisoreihin, sairaanhoitajiin tai kätilöihin – Alkuperäistutkimukset ja katsausartikkelit – Julkaistu v. 2006-2017 – Julkaistu vertaisarviodussa tieteellisessä aikakauslehdessä tai julkaisija on hallinnollinen toimielin – Julkaistu englannin tai suomen kielellä – Tutkimuksesta on abstrakti saatavilla 	<p><i>Lait, asetukset, direktiivit, ohjeet, suositukset ja selvitykset:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sisältö ei vastaa tutkimuskysymyksiin – Kohdistuu pelkästään muihin terveydenhuollon ammattihenkilöihin kuin lääkäreihin, hammaslääkäreihin, farmaseutteihin, proviisoreihin, sairaanhoitajiin ja kätilöihin – Julkaistu muulla kielellä kuin englanniksi tai suomeksi – Sisältää vanhentunutta tietoa <p><i>Tieteelliset tutkimukset:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sisältö ei vastaa tutkimuskysymyksiin – Kohdistuu terveysalan opiskelijoihin tai muihin terveydenhuollon ammattihenkilöihin kuin lääkäreihin, hammaslääkäreihin, farmaseutteihin, proviisoreihin, sairaanhoitajiin ja kätilöihin – Kirjallisuuskatsaukset, joissa mukana tutkimuksia muista kuin EU-/EFTA-maista – Julkaistu ennen vuotta 2006 – Julkaistu muualla kuin vertaisarviodussa tieteellisessä aikakauslehdessä tai julkaisija on muu kuin hallinnollinen toimielin – Julkaistu muulla kielellä kuin englanniksi tai suomeksi – Tutkimuksesta ei ole abstraktia saatavilla – Pro gradu -tutkielmat – Sisältää vanhentunutta tietoa

3.3 Aineiston hakuprosessi

Tietokantahaku tuotti 2567 tutkimusta, joista duplikaattien (n=766) poiston jälkeen jäljelle jäi 1801 tutkimusta. Näistä tutkimuksista (n=1801) valittiin otsikkotasolla 386 tutkimusta, joista mukaan valittiin tutkimusten abstraktien lukemisen perusteella 58 tutkimusta. Abstraktitasolla valituista tutkimuksista (n=58) mukaan valittiin kokotekstin perusteella 11 tutkimusta mukaanotto- ja poissulkukriteerit huomioiden. Manuaalisen tiedonhaun kautta kirjallisuuskatsaukseen valittiin mukaan kaksi tutkimusta, kahdeksan lakia, yksi asetus, yksi direktiivi, yhdeksän ohjetta, kuusi suositusta sekä kaksi selvitystä mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Aineiston hakuprosessi kuvataan tarkemmin liitteessä 2.

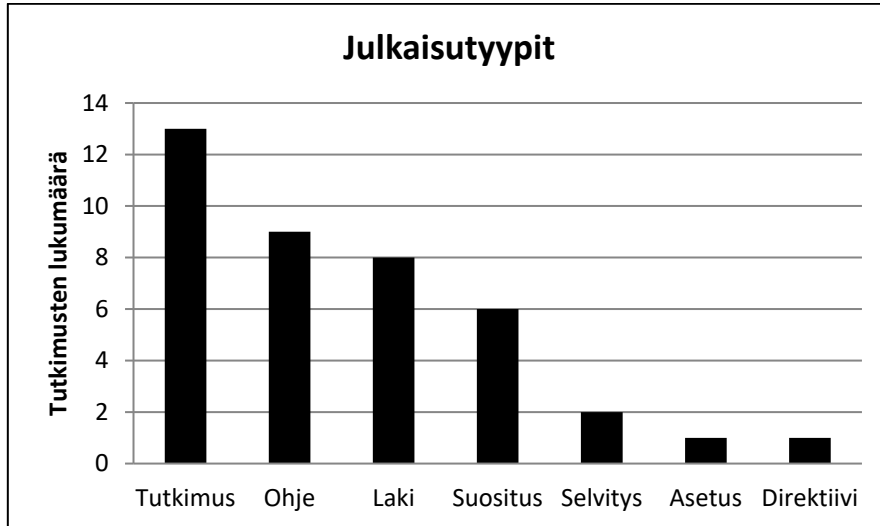
3.4 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen (Tuomi & Sarajärvi 2009). Mukaan valittu aineisto luettiin ensin useaan kertaan kokonaiskuvan muodostamiseksi. Tämän jälkeen aineisto luokiteltiin aineistolähtöisesti sitä parhaiten kuvaaviin luokkiin. Luokkien sisällä tietoa yhdistettiin, ja siitä luotiin synteisiä.

3.5 Aineiston kuvaus

Kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui 13 tutkimuksesta, kahdeksasta suomalaisesta laista, yhdeksästä ohjeesta, kuudesta suosituksesta, kahdesta selvityksestä sekä yhdestä suomalaisesta asetuksesta ja EU:n direktiivistä (kuvio 1). Tiivistelmätaulukot mukaan valitusta aineistosta ovat liitteinä 3 ja 4. Tutkimuksista viisi oli tehty Iso-Britanniassa, yksi EU:n jäsen- ja ehdokasmaissa, yksi EU:n jäsen- ja EFTA-maissa, kaksi useassa EU-maassa sekä Norjassa, Irlannissa, Tanskassa ja Suomessa kussakin yksi. Tutkimuksista yhdeksässä oli käytetty aineistonkeruumenetelminä kyselyitä ja kolmessa fokusryhmähaastatteluja. Asiantuntijaseminaareja ja keskusteluita oli käytetty kumpaakin yhdessä tutkimuksessa. Samassa tutkimuksessa saatettiin käyttää useita eri aineistonkeruumenetelmiä. Kaksi tutkimuksista oli katsausartikkeleita. Tutkimuksissa tietoa antoivat lääkärit, hammaslääkärit, hammaslääkärikouluttajat, hammaslääkäriopiskelijat, kätilöt, sairaanhoitajat, kätilöiden ja sairaanhoitajien keskeisten sidosryhmien edustajat, hoitotyön johtajat, terveydenhuollon ammattihenkilöiden jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä vastaavat tahot sekä asiantuntijat kansainvälisistä sääntelevistä elimistä. Ohjeiden julkaisijoita olivat ammattiliitot, ministeriö, kansalliset rekisteröintiviranomaiset ja kansainvälinen järjestö. Suositusten julkaisijoita olivat ammattiliitot, ministeriö ja Euroopan unionin neuvosto. Kaksi selvitystä oli julkaisut ministeriö.

Kuvio 1. Kirjallisuuskatsauksen aineiston julkaisutyypit.



4 TULOKSET

4.1 Terveystenhuollon täydennyskoulutuksen sääntely ja ohjaus Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa

4.1.1 Kansallinen lainsäädäntö

Terveystenhuollon ammattihenkilölaissa (L559/1994, 15 §) säädetään terveydenhuollon ammattihenkilön täydennyskoulutusvelvollisuudesta ja jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä. Terveystenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämiä tietoja ja taitoja sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin. Työnantajan tulee seurata terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillista kehittymistä sekä luoda edellytykset tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen osallistumiselle ja muille ammatillisen kehittymisen menetelmille. (18 §.)

Terveystenhuoltolain (L1326/2010) mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan tehtäväalansa koulutustoiminnasta (33 §) ja terveystenkeskuksen on huolehdittava moniammatillisen koulutustoiminnan järjestämisestä (37 §). Lisäksi erikoisvastuualueisiin kuuluvien sairaanhoitopiirien on huolehdittava yhteistyössä samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien kuntien ja sairaanhoitopiirien terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta (42 §), ja perusterveydenhuollon yksikön tulee sovittaa yhteen täydennyskoulutusta alueellaan (35 §). Erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien tulee myös sovittaa yhteen koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta sekä maakuntien liittojen kanssa koulutustarjontaa (42 §).

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi täydennyskoulutukseen. Säännös koskee myös yksityissektorin palveluntuottajan henkilöstöä silloin, kun kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta. Täydennyskoulutuksen sisällössä tulee huomioida henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Täydennyskoulutukseen liittyvistä asioista ja seurannasta voidaan säätää sosiaali- ja terveystenministeriön asetuksella. (5 §.)

Yliopistoilla on terveydenhuoltolain (65 §) mukaan oikeus käyttää yliopistollista sairaalaa lääketieteellisen koulutusyksikön koulutustoiminnan tarpeisiin. Lisäksi yliopistolla

tai muulla terveystieteen koulutuksen järjestäjällä on oikeus käyttää sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloita ja erillisiä toimintayksiköitä myös muun koulutustoiminnan järjestämiseen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja koulutustoimintaa harjoittavan koulutuksen järjestäjän sopimuksen mukaisesti. Vastaavasti terveyskeskusta voidaan käyttää terveydenhuoltohenkilökunnan koulutukseen niin, kuin korkeakoulun, koulutuksesta vastaavan muun viranomaisen, yhteisön tai kunnan välillä sovitaan (37 §). Sairanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava myös siitä, että yliopiston ja muun terveystieteen koulutuksen järjestäjän käytettävissä on koulutustoiminnassa tarvittavat huonetilat kiinteine koneineen ja laitteineen, sekä koulutushenkilökunnan ja opiskelijoiden sosiaaliset tilat (65 §). Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän palveluksessa olevat terveydenhuollon ammattihenkilöt (65 §) sekä terveyskeskusta ylläpitävän kunnan kansanterveystyötä tekevät viran- ja toimenhaltijat (37 §) ovat velvollisia osallistumaan terveydenhuoltoalan koulutustoimintaan koulutuksen järjestäjän kanssa tehtyjen sopimusten mukaisesti.

Työterveyshuoltolain (L1383/2001, 5 §) mukaan työterveyshuollon ammattihenkilöillä ja asiantuntijoilla tulee olla riittävällä täydennyskoulutuksella ylläpidetyt tiedot ja taidot. Työnantaja on velvollinen huolehtimaan siitä, että ammattihenkilö ja asiantuntija osallistuvat vähintään kolmen vuoden välein ammattitaitoaan ylläpitävään täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutusvelvollisuus koskee myös itsenäisiä ammatinharjoittajia. Lisäksi laissa säädetään, että sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä ja järjestämisestä. (5 §.)

Erikoissairanhoitolaissa (L1062/1989, 18 §, 21 §) säädetään erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävän sairaanhoitopiirin lautakunnasta, jonka tehtävänä on kehittää ja yhteen sovittaa piirin kielellisen vähemmistön kielellä annettavaa terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta.

Lailla tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksessä (L93/2017) säädetään tutkintojen jaottelusta niiden edellyttämän osaamisen perusteella kahdeksalle vaativuustasolle. *Valtioneuvoston asetuksella tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä* (A120/2017) säädetään eri tutkintojen vaativuustasojen sisällöstä ja siitä, että henkilöllä tulee olla jokaisella tutkintotasolla valmiudet elinikäiseen oppimiseen.

Yliopistolain (L558/2009, 7 §) mukaan yliopistot voivat järjestää täydennyskoulutusta ja erikoistumiskoulutuksia, jotka ovat korkeakoulututkinnon jälkeen suoritettavaksi tarkoitettuja, jo työelämässä toimineille suunnattuja ammatillista kehittymistä ja erikoistumista edistäviä koulutuksia. Yliopistollisten erikoistumiskoulutusten tavoitteena on tuottaa osaamista sellaisilla asiantuntijuuden aloilla, joilla ei ole markkinaehtoisesti toteutettua koulutustarjontaa (7 b §). *Ammattikorkeakoululain* (L932/2014, 10 §) mu-

kaan ammattikorkeakoulu voi järjestää tutkintojen osia sisältävää koulutusta avoimena ammattikorkeakouluopetuksena tai muutoin erillisinä opintoina, ammatillisia erikoistumisopintoja sekä muuta aikuiskoulutusta.

Ammatillisesta koulutuksesta annetun lain (L531/2017, 8 §) mukaan ammatillisena koulutuksena voidaan järjestää ammatillista osaamista syventävää tai täydentävää koulutusta, jonka tavoitteena ei ole tutkinnon tai sen osan suorittaminen. Ammatillisena henkilökoulutuksena voidaan järjestää ammatillisia tutkintoja ja tutkinnon osia, tutkintokoulutusta sekä ammatilliseen tehtävään valmistavaa koulutusta. Lisäksi työvoimakoulutuksessa henkilöstökoulutuksena voidaan järjestää ammatillista osaamista syventävää tai täydentävää koulutusta, jonka tavoitteena ei ole tutkinnon tai sen osan suorittaminen. (9 §.)

4.1.2 Sääntely ja ohjaus kansainvälisesti ja muissa maissa

Seuraavassa tarkastellaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksen sääntelyä ja ohjausta kahdeksassa EU-/EFTA-maassa. Tarkasteluun otettiin muut pohjoismaat kuin Suomi sekä Irlanti, Iso-Britannia, Hollanti ja Belgia. Taulukossa 2 esitetään ammattiryhmittäin muissa pohjoismaissa kuin Suomessa käytössä oleva täydennyskoulutusjärjestelmä, täydennyskoulutuksen seuraaja sekä täydennyskoulutuksen yhteys ammatinharjoittamisoikeuden uusimiseen eli revalidointiin. Taulukossa 3 esitetään vastaavat tiedot Irlannin ja Iso-Britannian osalta sekä taulukossa 4 tiedot Hollannin ja Belgian osalta.

Ruotsissa terveydenhuollon ammattihenkilöillä ei ollut pakollista täydennyskoulutusta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutukseen osallistumista ei seurattu Ruotsissa, eikä täydennyskoulutukseen osallistumattomuudesta tullut seuraamuksia. Lääkärien vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui eettiseen velvollisuuteen (ethical obligation) sekä ammatilliseen suositukseen (professional code). Lääkärit olivat oikeutettuja käyttämään vuosittain seitsemän palkallista työpäivää täydennyskoulutukseen. Lääkärien täydennyskoulutuksen rahoituksen läpinäkyvyyttä ja puolueettomuutta ohjattiin suosituksella (regulated in a code). Lääkärien täydennyskoulutuksessa oli käytössä akkreditointijärjestelmä, vaikkakaan täydennyskoulutusta ei veloitettu akkreditoimaan ennen sen käyttöönottoa. Hammaslääkärien täydennyskoulutus perustui eettiseen velvollisuuteen ja jossain määrin potilasturvallisuuslakiin. Ruotsin hammaslääkäriliitto tuki täydennyskoulutusta alemmilla koulutusmaksuilla. Apteekikalan ammatillaisia koski säädös, jonka mukaan apteekkien henkilöstön määrän ja osaamisen tuli vastata laadun ja turvallisuuden vaatimuksia. Sairaanhoidtajien täyden-

nyskoulutuksesta ei ollut annettu erityisiä määräyksiä tai suosituksia. Kätilöiden täydennyskoulutus perustui työnantajan vaatimuksiin osaamisen ylläpitämisestä ja ammattijärjestön suosituksiin. (European Commission 2015.)

Norjassa yleislääketieteen erikoislääkäreillä oli pakollinen täydennyskoulutusvelvollisuus. Yleislääketieteen erikoislääkäreiden täydennyskoulusta ohjattiin terveysministeriön alaisen keskusviraston sääntelyllä (governmental regulation). Yleislääketieteen erikoislääkäreiden oikeudet arvioitiin joka viides vuosi, ja arvio koski myös täydennyskoulutukseen osallistumisen. Pakollinen täydennyskoulutus muodostui 300 pisteestä, joista yksi piste vastasi 45 minuutin oppimäärää. Mikäli yleislääketieteen erikoislääkäri ei täyttänyt täydennyskoulutusvaatimuksia, hän menetti erikoislääkärin oikeutensa ja kärsi tästä johtuen myös taloudellisia menetyksiä. Muiden lääkäreiden vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui kansalliseen sääntelyyn (governmental regulation) ja ammatillisiin suosituksiin (professional code). Norjan lääketeollisuuden yhdistys oli julkaissut lääkäreiden täydennyskoulutuksen kaupallisia rahoittajia koskevat säännöt. Lisäksi lääkäreiden täydennyskoulutuksen läpinäkyvyydestä ja puolueettomuudesta säädettiin laissa ja ammatillisissa suosituksissa. (European Commission 2015.)

Norjassa hammaslääkäreiden täydennyskoulutukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, vaikkakin Norjan hammaslääkäriliiton jäseniä koski lakiin ja ammatieettisiin ohjeisiin perustuva täydennyskoulutusvelvoite. Norjan hammaslääkäriliiton jäsenten tuli osallistua täydennyskoulutukseen viiden vuoden aikana 150 tuntia. Norjan hammaslääkäriliitto ja hammaslääkärit seurasivat itse täydennyskoulutukseen osallistumistaan. Seuraamuksista, joita täydennyskoulutukseen osallistumattomuudesta seurasi, ei ollut vielä päätetty, sillä kyseinen täydennyskoulutusvelvoite tuli voimaan vuonna 2012. (European Commission 2015.)

Apteekkialan ammattilaisten vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui Norjassa ammatillisen toimielimen suositukseen (code/regulation by professional body), mutta täydennyskoulutusta ei seurattu, eikä siihen osallistumattomuudesta koitunut seuraamuksia. Sairaanhoidajien täydennyskoulutusta ei seurattu Norjassa, eikä siihen osallistumattomuudesta tullut seuraamuksia. Sairaanhoidajilla oli henkilökohtainen velvollisuus huolehtia ammatitaitonsa ajantasaisuudesta. Kätilöiden täydennyskoulutus perustui Norjassa työnantajan suosituksiin, ja kätilöt saivat osallistua täydennyskoulutukseen työajalla. Laki täydennyskoulutuksen läpinäkyvyydestä ja puolueettomuudesta koski myös kätilöitä. (European Commission 2015.)

Tanskassa terveydenhuollon ammattihenkilöillä ei ollut pakollista täydennyskoulutusjärjestelmää. Tanskassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutukseen osallistumista ei seurattu, eikä täydennyskoulutukseen osallistumattomuudesta

koitunut seuraamuksia. Kansalliset suositukset (Danish Quality Model) ohjasivat kuitenkin työnantajia varmistamaan, että henkilöstöllä oli työtehtävien edellyttämä ammatillinen pätevyys. (European Commission 2015.)

Tanskassa lääkärien vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui eettiseen velvollisuuteen ja ammatillisen toimielimen määräykseen (regulation by the professional body). Erikoislääkäreillä oli oikeus osallistua työnantajasta riippuen 8-10 päivää vuodessa täydennyskoulutukseen. Lisäksi suositeltiin, että myös muut lääkärit saisivat käyttää vuodessa 8-10 palkallista työpäivää täydennyskoulutukseen. Tanskassa hammaslääkäriliitto suosittelee hammaslääkäreiden osallistumista täydennyskoulutukseen työuran pituudesta riippuen 10-25 tuntia vuosittain. Tanskan hammaslääkäreistä 81 % oli kansallisen hammaslääkäriliiton jäseniä, vaikka liittoon kuuluminen ei ollut hammaslääkäreille pakollista. Tanskan hammaslääkäriliitto seurasi hammaslääkäreiden osallistumista suositustensa mukaiseen täydennyskoulutukseen ja saattoi mahdollisesti erottaa hammaslääkärin liitosta, mikäli tämä ei noudattanut täydennyskoulutussuosituksia. (European Commission 2015.)

Tanskalaisten apteekkialan ammattilaisten vapaaehtoisen täydennyskoulutuksen määräyksistä tai suosituksista ei ollut saatavilla tietoa. Sairaanhoidajat olivat vastuullisia pitämään ammattitaitonsa ajan tasalla, ja työnantajilla oli velvollisuus tarjota sairaanhoidajille riittävästi täydennyskoulutusta. Vaikka kansallista seurantajärjestelmää ei ollut, monet työnantajat seurasivat sairaanhoidajien täydennyskoulutusta. Kätilöiden täydennyskoulutus perustui ammattieettiseen vastuullisuuteen, kätilön omiin koulutustarpeisiin sekä työnantajan suosituksiin. Lisäksi oli julkaistu suositus, joka koski kaupallisten yritysten tarjoamaa täydennyskoulutusta kätilöille. (European Commission 2015.)

Islannissa ainoastaan hammaslääkäreillä oli pakollinen täydennyskoulutusvelvollisuus, joka perustui ammatillisen toimielimen suositukseen (code/regulation by the professional body). Hammaslääkäreiden tuli osallistua kolmen vuoden aikana vähintään 75 tuntia täydennyskoulutukseen. Ammatillinen järjestö valvoi hammaslääkäreiden täydennyskoulutukseen osallistumista ja täydennyskoulutusvelvollisuuden noudattamista jättämisestä seurasi moitteita ammatilliselta järjestöltä. Muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, täydennyskoulutukseen osallistumattomuudesta ei koitunut seuraamuksia eikä siihen osallistumista juuri seurattu. (European Commission 2015.)

Islannissa lääkärien vapaaehtoinen täydennyskoulutusvelvollisuus perustui lakiin, ja täydennyskoulutukseen osallistumista tuettiin vuosittain 15 palkallisella työpäivällä. Lisäksi täydennyskoulutukseen kuuluvia osallistumis- ja matkakuluja korvattiin tiettyyn

summaan saakka. Sairaanhoidajien vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen osallistumista seurasivat muutamat terveyslaitokset, ja kansallisen sairaanhoidajaliiton eettisissä ohjeissa painotettiin jatkuvan ammatillisen kehittymisen tärkeyttä. Sairaanhoidajille tarjottiin täydennyskoulutukseen rahallista tukea ja mahdollisuutta kolmen kuukauden palkalliseen opintovapaaseen joka viides työvuosi. Kätilöiden täydennyskoulutus perustui työnantajan ja ammattiorganisaation suosituksiin. Apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutus perustui vapaaehtoisuuteen. (European Commission 2015.)

Taulukko 2. Muissa pohjoismaissa kuin Suomessa käytössä ollut täydennyskoulutusjärjestelmä, täydennyskoulutuksen seuraaja sekä tieto siitä, oliko maassa käytössä revalidointia (European Commission 2015).

Maa	Lääkärit	Hammaslääkärit	Apteekkialan ammattilaiset	Sairaanhoidajat	Kätilöt
Ruotsi					
Järjestelmä	Vapaaehtoinen	Vapaaehtoinen	Vapaaehtoinen	Puuttuu	Vapaaehtoinen
Seuranta	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Revalidointi	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Norja					
Järjestelmä	Pakollinen yleislääketieteen erikoislääkäreille; vapaaehtoinen muille erikoislääkäreille	Vapaaehtoinen	Vapaaehtoinen	Puuttuu	Puuttuu
Seuranta	Arvio joka 5. vuosi yleislääketieteen erikoislääkäreille, perustui terveysministeriön alaisen keskusviraston sääntelyyn	Hammaslääkäriilito ja hammaslääkärit	Ei	Ei	Ei
Revalidointi	Kyllä yleislääketieteen erikoislääkäreille	Ei	Ei	Ei	Ei
Tanska					
Järjestelmä	Vapaaehtoinen	Vapaaehtoinen	Puuttuu	Vapaaehtoinen	Vapaaehtoinen
Seuranta	Ei	Hammaslääkäriilito seurasi jäseniään	Ei tiedossa	Työnantajat, ei virallista seurantaa	Ei
Revalidointi	Ei	Ei	Ei tiedossa	Ei	Ei

Islanti					
Järjestelmä	Vapaaehtoinen	Pakollinen	Vapaaehtoinen	Vapaaehtoinen	Puuttuu
Seuranta	Ei	Ammatillinen järjestö	Ei	Muutamat terveyslaitokset	Ei
Revalidointi	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei

Irlannissa lääkäreillä, apteekkialan ammattilaisilla ja sairaanhoitajilla oli pakollinen täydennyskoulutusvelvollisuus. Lääkärien täydennyskoulutusvelvollisuudesta säädettiin lailla. Lääkärien pakollisten täydennyskoulutusvaatimusten mukaan lääkärien tuli kerätä 50 pistettä vuodessa, osallistua yhteen arviointiin ja kerätä 250 pistettä viiden vuoden aikana. Lääkärit saivat opintovapaata täydennyskoulutukseen osallistumiseksi 7-10 tuntia vuodessa sekä mahdollisesti apurahaa. Lääkärien ei tarvinnut uusia Irlannissa ammatinharjoittamisoikeuttaan, mutta lääkäreiden, jotka halusivat säilyttää rekisteröintinsä, tuli vuosittain anoa rekisteröinnin pysymistä kansalliselta lääkärineuvostolta (Irish Medical Council). Lääkäreitä pyydettiin antamaan myös vakuutus ammattitaidon ylläpitämisestä, jota arvioitiin, mutta arvioinnille ei ollut määritelty ajanjaksoa. Neuvosto seurasi lääkäreitä ja toteutti kurinpidollisia toimia, mikäli lääkäri ei noudattanut vaatimuksia ammatitaidon ylläpitämisestä. Lääkäreiden täydennyskoulutuksen läpinäkyvyys ja puolueettomuus oli varmistettu suosituksella (code). (European Commission 2015.)

Apteekkialan ammattilaisilla oli Irlannissa pakollinen täydennyskoulutusvelvollisuus, joka perustui lakiin ja ammatillisen toimielimen suositukseen (code/regulation by the professional body). Ammatinharjoittamisoikeus edellytti revalidointia, joka tuli tehdä vuosittain. Mikäli apteekkialan ammattilainen ei osallistunut pakolliseen täydennyskoulutukseen, saivat he moitteita ammatilliselta toimielimeltä (professional body). Pakolliset täydennyskoulutusvaatimukset muodostuivat oppimistuloksista (hankituista tiedoista, taidoista ja kompetensseista), mutta vuonna 2015 ei ollut vielä varmaa, kuinka ammattilaisten tulisi näitä vaatimuksia noudattaa. Ammatilliset järjestöt seurasivat apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutukseen osallistumista. Toimivaltainen ammatillinen elin valvoi täydennyskoulutusvelvollisuuden noudattamista. Lisäksi apteekkialan ammattilaiset ja täydennyskoulutuksen järjestäjät kirjasivat täydennyskoulutukseen osallistumista. Apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutuksen kaupallisten rahoittajien tuli noudattaa rahoituksessa erillisiä eettisiä ohjeita. Lisäksi ammatillinen toimielin oli julkaissut suosituksen (IPHA Code) varmistaa täydennyskoulutuksen läpinäkyvyyden ja puolueettomuuden. (European Commission 2015.)

Sairaanhoitajilla oli Irlannissa pakollinen täydennyskoulutusvelvollisuus, joka perustui lainsäädäntöön ja jota oltiin uusimassa. Uusien säännösten myötä sairaanhoitajien tulee uusia ammatinharjoittamisoikeutensa ja uusimisen yhteydessä huomioidaan pakolliset täydennyskoulutusvaatimukset, jotka perustuvat täydennyskoulutuksen vähimmäistuntimäärään ja oppimistuloksiin. Sairaanhoitajien täydennyskoulutukseen osallistumista seurasivat sairaanhoitajat ja heidän työnantajansa. Tulevaisuudessa myös

valvontaviranomainen (regulatory body) tulee osallistumaan täydennyskoulutusvaatimusten seurantaan. (European Commission 2015.)

Hammaslääkäreillä ei ollut Irlannissa pakollista täydennyskoulutusvelvollisuutta, mutta Irlannin hammaslääkärineuvoston (The Irish Dental Council) mukaan täydennyskoulutukseen liittyi pakollinen vaatimus, joka ei kuitenkaan vielä ollut lakisääteinen. Hammaslääkärien vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui lakiin, ammatillisen toimielimen suositukseen (code-regulation by the professional body) ja eettiseen velvollisuuteen. Hammaslääkäreille ei koitunut suoria seuraamuksia, mikäli he eivät noudattaneet täydennyskoulutussuosituksia. Hammaslääkärit seurasivat itse täydennyskoulutukseen osallistumistaan, mutta virallista seurantaa ei ollut. Hammaslääkäreille suositeltiin täydennyskoulutuksen suorittamista 50 tuntia vuosittain, joista 20 tunnin tuli olla todennettavissa ja 30 tuntia voi olla ei-todennettavissa olevaa (esimerkiksi internetin käyttö ja tieteellisten artikkelien lukeminen). (European Commission 2015.)

Kätilöillä ei ollut Irlannissa pakollista täydennyskoulutusvelvollisuutta. Kätilöiden vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui ammatillisiin käyttäytymissääntöihin sekä eettiseen velvollisuuteen (ethical obligation). Täydennyskoulutukseen osallistuminen nähtiin yksilön ammatillisena velvollisuutena ja se sisältyi kansallisiin standardeihin ja ohjeisiin. Kätilöiden saattoi olla vaikeampi työllistyä, ja he saattoivat harvoissa tapauksissa tulla irtisanotuiksi, mikäli he eivät ole osallistuneet vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen. Kätilöt ja heidän työnantajansa seurasivat täydennyskoulutukseen osallistumista. (European Commission 2015.)

Iso-Britanniassa täydennyskoulutus oli pakollista lääkäreille, hammaslääkäreille, sairaanhoitajille, kätilöille ja apteekkialan ammattilaisille (European Commission 2015). Lääkärien (Archer & Regan de Bere 2013), sairaanhoitajien ja kätilöiden (Myatt 2015) tulee uusia ammatinharjoittamisoikeutensa revalidointi-prosessissa, jossa huomioidaan täydennyskoulutukseen osallistuminen (Archer & Regan de Bere 2013, Myatt 2015). Lääkärien, sairaanhoitajien ja kätilöiden revalidointia käsitellään luvussa 5.2.3.

Iso-Britanniassa hammaslääkärien pakollinen täydennyskoulutus perustui lakiin ja General Dental Councilin (GDC) sääntöihin. GDC määritteli täydennyskoulutusvaatimukset. Hammaslääkärien tuli suorittaa täydennyskoulutusta 250 tuntia viiden vuoden aikana. Täydennyskoulutuksesta vähintään 75 tuntia tuli olla todennettavissa ja 175 tuntia ei-todennettavissa olevaa täydennyskoulutusta, jonka hammaslääkäri itse arvioi olevan oleellista oppimisen ja ammatinharjoittamisen kannalta. Todennettavissa olevalla täydennyskoulutuksella tuli olla määritellyt tavoitteet, oppimistulokset, palautteenantomahdollisuus ja osallistumistodistus. Hammaslääkärit raportoivat täydennyskoulutukseen osallistumistaan GDC:n verkkojärjestelmään tai antoivat GDC:n pyynnöstä selvityksen viiden vuoden seurantajakson päättyessä. GDC seurasi täydennyskoulutusvaatimusten noudattamista ja antoi vaatimusten noudattamatta jättämisestä

viiden vuoden välein seuraamuksia, kuten ammatinharjoittamisoikeuden menetyksen tai päätöksen lisääjasta vaatimusten täyttämiseksi. Myös Kansallisen terveystalvontajärjestelmän (National Health Service NHS) alueelliset viranomaiset (esim. Care Quality Commission CQC) edellyttivät täydennyskoulutusvaatimusten noudattamista, sekä rajoittivat tarvittaessa hammaslääkärin ammatinharjoittamista kansallisessa terveystalvontajärjestelmässä. (European Commission 2015.)

Iso-Britanniassa apteekkialan ammattilaisten pakollinen täydennyskoulutusvelvollisuus perustui valvontaviranomaisen (General Pharmaceutical Council GPhC) asettamiin täydennyskoulutusvaatimuksiin ja määräyksiin. Apteekkialan ammattilaisten valvonnasta ja pakollisesta täydennyskoulutuksesta vastasi GPhC. Apteekkialan ammattilaisten tuli vahvistaa GPhC:lle osana rekisteröinnin vuosittaista uusimisprosessia, että heidän toimintansa vastasi täydennyskoulutusvaatimuksia. Lisäksi apteekkialan ammattilaisten tuli toimittaa selvitys täydennyskoulutuksesta GPhC:n arviointia varten joka viides vuosi. Työnantajat ja yhdistykset neuvoivat apteekkialan ammattilaisia täydennyskoulutusportfolion sisällössä ja siinä, minkälaiseen täydennyskoulutukseen osallistua. Apteekkialan ammattilaiset päättivät kuitenkin itse, minkälainen täydennyskoulutus oli oleellista heidän työnsä kannalta. (European Commission 2015.)

Taulukko 3. Irlannissa ja Iso-Britanniassa käytössä ollut täydennyskoulutusjärjestelmä, täydennyskoulutuksen seuraaja sekä tieto siitä, oliko maassa käytössä revalidointia (European Commission 2015).

Maa	Lääkärit	Hammaslääkärit	Apteekkialan ammattilaiset	Sairaanhoitajat	Kätilöt
Irlanti					
Järjestelmä	Pakollinen	Vapaaehtoinen	Pakollinen	Pakollinen	Vapaaehtoinen
Seuranta	Irish Medical Council	Itse	Ammatillinen järjestö ja toimivaltainen ammatillinen toimielin	Itse ja työnantajat. Virallinen seuranta valmisteilla.	Itse ja työnantajat
Revalidointi	Vakuutus täydennyskoulutukseen osallistumisesta, jos lääkäri halusi säilyttää rekisteröinnin	Ei	Valvontaviranomaisen revalidointi vuosittain	Ei, valmisteilla	Ei
Iso-Britannia					
Järjestelmä	Pakollinen ja vapaaehtoinen	Pakollinen	Pakollinen	Pakollinen	Pakollinen ja vapaaehtoinen
Seuranta	GMC seurasi	GDC seurasi	GphC seurasi	NMC seurasi	NMC seurasi
Revalidointi	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä

Hollannissa täydennyskoulutus oli pakollista lääkäreille, erikoistuneille apteekkialan ammattilaisille, sairaanhoitajille ja kättilöille. Lääkärien tuli uusia Hollannissa ammatinharjoittamisoikeutensa viiden vuoden välein, ja ammatinharjoittamisoikeuden uusimisessa otettiin huomioon täydennyskoulutukseen osallistuminen. Lääkärien täydennyskoulutusvaatimuksiin kuului viiden vuoden aikana vuosittain keskimäärin 40 tuntia tieteellisen yhteisön akkreditoimaa täydennyskoulutusta, johon oli oikeus käyttää kymmenen palkallista työpäivää vuodessa. Mikäli lääkäri ei noudattanut täydennyskoulutusvaatimusta, menetti hän ammatinharjoittamisoikeutensa. Lääkäri saattoi täydentää täydennyskoulutustaan vaatimusten mukaiseksi määrätyn ajan kuluessa vain kerran välttääkseen ammatinharjoittamisoikeuden menettämisen. Hollannin lääkäriliitto (The Royal Dutch Medical Association) vastasi lääkäreiden pakollisen täydennyskoulutuksen toimeenpanosta ja seuraamisesta. (European Commission 2015.)

Apteekkialan ammattilaisten rekisteröinnin uusiminen edellytti työskentelyä koulutusta vastaavassa työssä 2 080 tuntia viiden vuoden aikana mutta ei osallistumista täydennyskoulutukseen. Mikäli apteekkialan ammattilainen ei täyttänyt vaadittua työtuntimäärää, menetti hän ammatinharjoittamisoikeutensa. Sairaalatyöhön erikoistuneiden apteekkialan ammattilaisten täytyi farmasian maisteritutkinnon suorittaneiden apteekkialan ammattilaisten tavoin kuulua Hollannissa terveysministeriön alaisen lupaviranomaisen rekisteriin. Sen sijaan avohuoltoon (community pharmacist) erikoistuneita apteekkialan ammattilaisia ei rekisteröity tähän rekisteriin vaan ainoastaan ammattijärjestön rekisteriin. Erikoistuneilla apteekkialan ammattilaisilla oli työtuntivaatimusten lisäksi pakollinen täydennyskoulutusvelvollisuus. Erikoistuneiden apteekkialan ammattilaisten oli uusittava ammatinharjoittamisoikeutensa viiden vuoden välein. Mikäli erikoistunut apteekkialan ammattilainen ei täyttänyt täydennyskoulutusvelvoitetta, menetti hän erikoispätevyyden rekisteröinnin, mutta ei ammatinharjoittamisoikeuttaan apteekkialan ammattilaisena. Erikoistuneiden apteekkialan ammattilaisten pakolliseen täydennyskoulutusvelvollisuuteen kuului 200 tuntia täydennyskoulutusta viiden vuoden aikana. Pakollisesta täydennyskoulutusvelvollisuudesta säädettiin sairaalassa työskentelevien apteekkialan ammattilaisten osalta laissa, sekä muuta pakollista täydennyskoulutusta ohjattiin asetuksella ja ammatillisen toimielimen suosituksella (code/regulation by professional body). Erikoistuneiden apteekkialan ammattilaisten rekisteröintikomitea seurasi täydennyskoulutusvelvollisuuksien täyttymistä ja toimeenpani seuraamuksia. (European Commission 2015.)

Sairaanhoitajien pakollinen täydennyskoulutus muodostui Hollannissa kliinisessä työssä. Sairaanhoitajan tuli työskennellä kliinisessä työssä 2 080 tuntia viiden vuoden aikana, jotta hänen ammatinharjoittamisoikeuttaan jatkettiin. Hollannin terveysministeriö seurasi sairaanhoitajien työtuntimäärien täyttymistä. Kättilöiden tuli uusia ammatinharjoittamisoikeutensa lakisääteisesti Hollannin terveysministeriössä joka viides vuosi. Lisäksi kättilöt rekisteröityivät vuosittain kättilöiden ammattijärjestön (The Royal Dutch

Organisation of Midwives KNOV) vapaaehtoiseen rekisteriin. Kätilöistä 80 % rekisteröityi vapaaehtoiseen rekisteriin, sillä terveysvakuutus edellytti rekisteröitymistä. Rekisteröitymisen uusiminen edellytti 200 tuntia täydennyskoulutusta viiden vuoden aikana. Rekisteröityminen toiseen järjestelmään huomioitiin myös toisessa järjestelmässä. Mikäli kätilö ei noudattanut täydennyskoulutusvaatimuksia, menetti hän väliaikaisesti ammatinharjoittamisoikeutensa ja sai nuhteluita ammattijärjestöltä. Täydennyskoulutuksen lisäksi ammatinharjoittamisoikeuden säilyttäminen edellytti kätilöiltä sekä lakisääteisessä että vapaaehtoisessa järjestelmissä 2 080 tunnin työskentelyä kliinisessä työssä viiden vuoden aikana. Vapaaehtoinen rekisteröinnin uusimisjärjestelmä oli tarkempi ja edellytti ammatillisen portfolion pitämistä. (European Commission 2015.)

Hammaslääkäreillä ei ollut Hollannissa pakollista täydennyskoulutusta. Hammaslääkärien vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui eettiseen velvollisuuteen (ethical obligation), eikä täydennyskoulutukseen osallistumattomuudesta tullut suorita seuraamuksia. Hollannin hammaslääkäriliitto piti yllä hammaslääkärien laaturekisteriä, jossa muun muassa huomioitiin hammaslääkärin täydennyskoulutusaktiivisuus. Rekisteriin liittyminen oli hammaslääkäreille vapaaehtoista. (European Commission 2015.)

Belgiassa hammaslääkäreillä, erikoissairaanhoitajilla ja kätilöillä oli pakollinen täydennyskoulutusvelvollisuus. Lääkärien, apteekkialan ammattilaisten sekä muiden sairaanhoitajien kuin erikoissairaanhoitajien täydennyskoulutus perustui vapaaehtoisuuteen. (European Commission 2015.)

Hammaslääkärien pakollisesta täydennyskoulutusvelvollisuudesta säädettiin Belgiassa lailla, ja täydennyskoulutukseen osallistuminen otettiin huomioon kuuden vuoden välein tapahtuvan ammatinharjoittamisoikeuden uusimisen yhteydessä. Vaatimuksena oli suorittaa vähintään 60 tuntia täydennyskoulutusta kuuden vuoden aikana. Mikäli hammaslääkäri ei noudattanut täydennyskoulutusvelvoitetta, saattoi hän menettää väliaikaisesti ammatinharjoittamisoikeutensa. Terveysministeriö seurasi hammaslääkärien täydennyskoulutukseen osallistumista ja toimeenpani seuraamuksia. Hammaslääkäreille oli myös tarjolla vapaaehtoista täydennyskoulutusta, joka perustui lakiin. Hammaslääkärien vapaaehtoista täydennyskoulutusta ohjasi ja seurasi sosiaaliturvalaitos. Hammaslääkärien odotettiin suorittavan vuosittain 15 tuntia vapaaehtoista täydennyskoulutusta sekä osallistuvan kahteen vertaisarviointiin. Vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen osallistumista tuettiin 2 700 euron vuotuisella summalla. (European Commission 2015.)

Erikoissairaanhoitajien tuli osallistua Belgiassa täydennyskoulutukseen 40–60 tuntia neljän vuoden aikana, ja heillä tuli olla portfolio täydennyskoulutuksesta. Mikäli erikoissairaanhoitaja ei osallistunut riittävästi täydennyskoulutukseen, saattoi hän me-

nettää väliaikaisesti ammatinharjoittamisoikeutensa. Terveysministeriö seurasi erikoissairaanhoitajien täydennyskoulutukseen osallistumista. Myös hoitotyön johtajien (head nurses and nurse officers) tuli osallistua lain mukaan pakolliseen täydennyskoulutukseen vähintään 60 tuntia neljän vuoden aikana. Alueelliset viranomaiset seurasivat hoitotyön johtajien täydennyskoulutusta. Sairaanhoitajille, joilla ei ollut erikoistumiskoulutusta, oli tarjolla vapaaehtoista täydennyskoulutusta, joka perustui eettisiin ohjeisiin (ethical code) ja ammatillisen toimielimen (professional body) suositukseen. Vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen osallistumista ei seurattu, eikä siihen osallistumattomuudesta tullut seuraamuksia. (European Commission 2015.)

Kätilöiden lakiin perustuvaan pakolliseen täydennyskoulutusvelvollisuuteen kuului Belgiassa vähintään 75 tuntia täydennyskoulutusta viiden vuoden aikana. Terveysministeriö seurasi kätilöiden täydennyskoulutukseen osallistumista. Kätilö menetti ammatinharjoittamisoikeutensa, mikäli hän ei osallistunut riittävästi täydennyskoulutukseen. Kätilöille oli myös tarjolla vapaaehtoista täydennyskoulutusta, joka perustui eettiseen velvollisuuteen. Kätilöiden vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen osallistumista ei seurattu, eikä siihen osallistumattomuudesta tullut seuraamuksia. Belgiassa kätilöiden pakollisen ja vapaaehtoisin täydennyskoulutuksen läpinäkyvyydestä sekä puolueettomuudesta oli suosituksia ja määräyksiä. (European Commission 2015.)

Lääkärien vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui Belgiassa ammattieettiseen velvollisuuteen, josta säädettiin asetuksissa. Lisäksi laissa ja ammatillisissa käyttäytymissäännöissä säädettiin lääkärien täydennyskoulutuksen läpinäkyvyydestä ja puolueettomuudesta. Suositeltu määrä täydennyskoulutusta vuodessa oli 20 pistettä, joka vastasi 20 tuntia. Tähän tuli sisältyä ainakin kaksi vertaisarviointia sekä 3 pistettä liittyen taloustieteeseen ja etiikkaan. Lääkärien toimivaltainen ammatillinen toimielin (professional body with the regulatory competences) seurasi lääkärien täydennyskoulutukseen osallistumista. Mikäli lääkäri ei osallistunut vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen, saattoi seurauksena olla korvausten pieneneminen ammattitoiminnasta. Lääkäreille maksettiin suurempien korvausten lisäksi tietty summa täydennyskoulutukseen osallistumisesta. (European Commission 2015.)

Apteekkialan ammattilaisten vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui Belgiassa asetukseen ja ammatillisen toimielimen (professional body) suositukseen. Terveysministeriö ja toimivaltainen ammatillinen toimielin (professional body with regulatory competence) seurasivat apteekkialan ammattilaisten vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen osallistumista. Mikäli apteekkialan ammatillaiset eivät osallistuneet täydennyskoulutukseen, saivat he ammatillisen toimielimen nuhteluita. (European Commission 2015.)

Taulukko 4. Hollannissa ja Belgiassa käytössä ollut täydennyskoulutusjärjestelmä, täydennyskoulutuksen seuraaja sekä tieto siitä, oliko maassa käytössä revalidointia (European Commission 2015).

Maa	Lääkärit	Hammaslääkärit	Apteekkialan ammatillaiset	Sairaanhoitajat	Kätilöt
Hollanti					
Järjestelmä	Pakollinen	Vapaaehtoinen	Pakollinen erikoistuneille apteekkialan ammattilaisille	Pakollinen	Pakollinen ja vapaaehtoinen
Seuranta	Lääkäriliitto	Ei, mutta hammaslääkäriliitto ylläpiti laaturekisteriä, jossa huomioitiin täydennyskoulutusaktiivisuus	Erikoistuneiden apteekkialan ammattilaisten rekisteröintikomitea	Terveysministeriö	Terveysministeriö
Revalidointi	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Belgia					
Järjestelmä	Vapaaehtoinen	Pakollinen ja vapaaehtoinen	Vapaaehtoinen	Erikoissairaanhoitajilla pakollinen, sairaanhoitajilla vapaaehtoinen	Pakollinen ja vapaaehtoinen
Seuranta	Toimivaltainen ammatillinen toimielin	Terveysministeriö seurasi pakollista täydennyskoulutusta ja sosiaaliturvalaitos vapaaehtoista täydennyskoulutusta	Terveysministeriö ja toimivaltainen ammatillinen toimielin	Terveysministeriö seurasi pakollista täydennyskoulutusta	Terveysministeriö
Revalidointi	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä erikoissairaanhoitajilla	Kyllä

4.1.3 Kansalliset ohjeet, suositukset ja selvitykset

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut *terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksen* (STM 2004a) sekä *työterveyshuollon täydennyskoulutusohjeet* (STM 2004b). *Valtioneuvoston periaatepäätöksen* (STM 2002) mukaan terveydenhuoltohenkilöstölle tulee järjestää täydennyskoulutusta peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta riippuen 3-10 päivää vuodessa. Terveysministeriön täydennyskoulutussuositus sisältää suositukset täydennyskoulutuksen suunnittelusta, mahdollistamisesta, toteutuksesta ja sen seurannasta sekä täydennyskoulutuksen arvioinnista. Lähtökohtina suosituksessa ovat osaamisen johtaminen ja periaatteet ammatillisen osaamisen jatkuvasta kehittämisestä (Continuing Professional Development CPD). Täydennyskoulutuksen tavoitteeksi määriteltiin työntekijän ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen yhtäältä työntekijän osaamistarpeiden sekä toisaalta organisaation perustehtävän ja toiminnan kehittämisen mukaisesti. (STM 2004a.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on myös julkaissut ehdotukset *kliinisen hoitotyön lisäkoulutuksesta* (STM 2014) sekä *työelämässä tarvittavasta kliinisen hoitotyön erikoisosaamisesta ja viitekehyksestä sairaanhoitajatutkinnon jälkeistä kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusta varten* (STM 2016). Viitekehys sisältää ehdotukset kliinisen hoitotyön 10 erikoistumisalaksi, osaamisen kehittämisen koordinaation rakenteiksi sekä osaamisen varmistamisen ja tunnistamisen käytännöiksi. Ammatillisen osaamisen kehittäminen kuvataan suunnitelmallisena ja pitkäjänteisenä prosessina, johon kuuluvat ammatillisen osaamisen kartoitus ja arviointi suhteessa organisaation ja työntekijän osaamistarpeisiin, niiden pohjalta kehittämis- ja koulutussuunnitelman laatiminen sekä osaamisen kehittämisen arviointi. (STM 2016.)

Suomen Lääkäriliitto (2014) on antanut *suosituksen lääkärin ammatillisesta kehittämisestä ja täydennyskoulutuksesta*. Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ja Suomen Hammaslääkäriliitto (2014) ovat julkaisseet *hammaslääkärin täydennyskoulutussuosituksen*. Lisäksi Suomen sairaanhoitajaliitto ry (2003) on julkaissut *sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset*.

Ammatillinen kehittyminen sisältyy myös terveydenhuollon eri ammattiryhmien eettisiin ohjeisiin. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan *ETENE:n* (2011) *eettisten suositusten* mukaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten osaamisen tulisi olla ajan tasalla, heillä tulisi olla mahdollisuus kehittyä työssään sekä mahdollisuus kehittää työtään ja siihen liittyviä käytäntöjä. *Lääkärin eettisten ohjeiden* mukaan lääkärin tulee pitää yllä ja kartuttaa tietojaan ja taitojaan (Suomen Lääkäriliitto 2016). *Hammaslääkärin eettisissä ohjeissa* todetaan, että hammaslääkärin on kehitettävä jatkuvasti ammatillista osaamistaan, huolehdittava omasta työkyvystään ja toiminnan laadusta (Suomen Hammaslääkäriliitto 2017). *Apteekkitoiminnan eettiset ohjeet* toteavat, että apteekkihenkilökunta ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan voidakseen toimia asiakkaan ja terveydenhuollon edun mukaisesti. Apteekin henkilökuntaa tulee myös kouluttaa ja henkilökunnan tulee huolehtia itse ammatillisesta pätevyystään ja kehittämisestään. (Apteekkariliitto 2017.) *Sairaanhoitajien eettiset ohjeet* koskevat sekä sairaanhoitajia että kättilöitä. Ohjeissa todetaan, että ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on kehittää jatkuvasti ammattitaitoaan. (Sairaanhoitajat 2014.)

4.1.4 Ammattipätevyysdirektiivi sekä kansainväliset ohjeet ja suositukset

Euroopan unionin ammattipätevyysdirektiivin (EU/2013/55) artiklan 22 ensimmäisen kohdan b alakohdassa säädetään seuraavasti terveydenhuollon ammattihenkilöiden jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä:

”Jäsenvaltioiden on omien menettelyjensä mukaisesti jatkuvaan ammatilliseen kehittämiseen kannustamalla varmistettava, että ammattihenkilöt, joiden ammattipätevyys kuuluu tämän osaston III luvun soveltamisalaan, voivat ajanmukaistaa tietojaan, taitojaan ja pätevyyttään voidakseen harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja tehokkaasti ja seurata ammatillista kehitystä.”

Direktiivin mukaan erityisesti lääketieteen tohtorien, erikoislääkärien, yleislääkärien, yleissairaanhoidosta vastaavien sairaanhoitajien, hammaslääkärien, erikoishammaslääkärien, kättilöiden ja proviisorien ammatillista kehittymistä tulisi rohkaista ja kannustaa elinikäiseen oppimiseen. Euroopan unionin jäsenmaiden tulisi tiedottaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatillisen kehittymisen edistämiseen liittyvistä toimista Euroopan komissiolle ja muille jäsenmaille sekä vaihdettava asiaan liittyviä hyviä käytäntöjä. (EU/2013/55.)

Euroopan parlamentti ja neuvosto on laatinut suosituksen *Eurooppalaisesta tutkintojen viitekehystä (EQF)*, jonka tarkoituksena on edistää elinikäistä oppimista sekä parantaa tutkintojen selkeyttä, vertailtavuutta ja siirrettävyyttä. Suosituksella pyritään muun muassa liittämään paremmin yhteen virallinen koulutus, epävirallinen oppiminen ja arkioppiminen sekä tukemaan eri yhteyksissä hankittujen oppimistulosten validointia. (Euroopan unionin neuvosto 2017.)

WHO:n ohje terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksesta antaa suosituksia terveydenhuoltohenkilöstön jatkuvasta ammatillisesta kehittymisestä. WHO suosittelee muun muassa terveydenhuollon tarpeisiin vastaavien täydennyskoulutusohjelmien toteuttamista ja terveydenhuollon ammattihenkilöille suunnatun koulutuksen akkreditointia. (WHO 2013.)

4.2 Terveystenhuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisoikeus ja täydennyskoulutuksen toteutuminen

Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa

4.2.1 Terveysthuollon ammattihenkilöiden rekisteröinti

Euroopan komissio teetti vuosina 2013-2014 tutkimuksen lääkäreiden, hammaslääkäreiden, apteekkialan ammattilaisten, sairaanhoitajien ja kättilöiden täydennyskoulutusjärjestelmistä 28 Euroopan unionin jäsenmaassa ja kolmessa EFTA-maassa. Tutkimukseen osallistuneissa EU-/EFTA-maissa lähes jokaisessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisoikeuteen liittyi rekisteröintivelvoite. Rekisteröintivelvoite koski joka maassa lääkäreitä, hammaslääkäreitä ja kättilöitä. Rekisteröintivelvoite ei koskenut sairaanhoitajia Itävallassa eikä apteekkialan ammattilaisia Tanskassa, Virossa ja Sloveniassa. Suomessa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) vastaa kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden rekisteröinnistä. (European Commission 2015).

4.2.2 Pakollinen täydennyskoulutus

Suomessa täydennyskoulutus oli pakollista lääkäreille, hammaslääkäreille, apteekkialan ammattilaisille, sairaanhoitajille ja kättilöille. Pakollinen täydennyskoulutus oli myös yleisin täydennyskoulutusjärjestelmä muissa EU-/EFTA-maissa. Maista 90 %:ssa (n=28) täydennyskoulutus oli pakollista ainakin yhdelle terveydenhuollon ammattihenkilöryhmälle. Maista 41 %:ssa (n=13) täydennyskoulutus oli pakollista kaikille terveydenhuollon ammattiryhmille, ja maista vain 9 %:ssa (n=3) täydennyskoulutus ei ollut pakollista yhdellekään terveydenhuollon ammattiryhmälle. (European Commission 2015.)

EU:n jäsen- ja ehdokasmaiden alueilla toimivista hammaslääkäreiden kouluttajista jopa 81 % oli sitä mieltä, että täydennyskoulutukseen osallistumisen tulisi olla pakollista kaikille hammaslääkäreille (Bullock ym. 2012). Taulukossa 5 esitetään pakolliset täydennyskoulutusjärjestelmät maittain ja ammattiryhmittäin Euroopan komission selvityksen (2015) mukaan. Luvussa 5.3.4 esitetään seuraamuksia, joita pakollisen täydennyskoulutuksen noudattamatta jättämisestä voi terveydenhuollon ammattihenkilölle tulla.

Pakollinen täydennyskoulutus perustui EU-/EFTA-maissa useimmiten kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaan lakiin. Pakollinen täydennyskoulutus perustui harvemmin asetukseen tai muuhun kansalliseen tai ammatillisen toimielimen määräykseen. EU-/EFTA-maista 52 %:ssa pakollista täydennyskoulutusta toteutettiin kansallisella tasolla ja 48 %:ssa alueellisesti. Alueellista täydennyskoulutusta toteutettiin

useiden ammattiryhmien kohdalla Saksassa, Romaniassa ja Bulgariassa. Lisäksi alueellista täydennyskoulutusta toteutettiin joidenkin ammattiryhmien kohdalla Itävallassa, Belgiassa, Kroatiaassa, Kyproksella, Ranskassa, Kreikassa, Italiassa, Puolassa, Portugalissa, Sloveniassa, Sveitsissä ja Iso-Britanniassa. (European Commission 2015.)

Pakolliset täydennyskoulutusvaatimukset saattoivat muodostua samassa EU-/EFTA-maassa useasta eri järjestelystä. Pakolliset täydennyskoulutusvaatimukset muotoiltiin kestonä, sisältönä tai niiden yhdistelmänä. Kaikkia viittä ammattiryhmää edustavasta vastaajajoukosta 56 % ilmoitti, että täydennyskoulutusvaatimukset muodostuivat kansallisen järjestelmän vähimmäisopintopistemääristä. Tämä koski erityisesti lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutusvaatimuksia. Vastaajista 40 % mukaan käytössä oli vähimmäistuntimäärät. Niitä sovellettiin erityisesti sairaanhoitajien ja kättilöiden täydennyskoulutuksessa. Täydennyskoulutusvaatimukset perustuivat harvimminkin oppimistuloksiin (noin 15 %), täydennyskoulutustoiminnan vähimmäismäärään (noin 5 %), Eurooppalaisen järjestelmän vähimmäisopintopistemääriin (noin 5 %) tai muihin järjestelyihin (noin 15 %). Muihin järjestelyihin kuuluivat esimerkiksi täydennyskoulutusvaatimusten määräytyminen terveydenhuollon ammattihenkilön työhistorian mukaan tai vaatimus harjoittaa riittävästi ammattia kliinisessä työssä. (European Commission 2015.)

Taulukko 5. Täydennyskoulutusjärjestelmät EU-/EFTA-maissa ammattiryhmittäin ja maittain (European Commission 2015).

Pakollinen täydennyskoulutus	Lääkärit	Hammaslääkärit	Apteekkialan ammattilaiset	Sairaanhoitajat*	Kättilöt
	(n=13) Hollanti Irlanti Italia Itävalta Puola Ranska Saksa Slovakia Slovenia Suomi Sveitsi Tšekki Unkari	(n=10) Bulgaria Islanti Iso-Britannia Italia Puola Ranska Slovakia Slovenia Sveitsi Unkari	(n=16) Bulgaria Hollanti**** Iso-Britannia Irlanti Italia Kroatia Latvia Liettua Portugali Puola Ranska Romania Slovakia Suomi Tšekki Unkari	(n=15) Hollanti Iso-Britannia Irlanti Italia Itävalta Kypros Kroatia Liettua Luxemburg Ranska Slovakia Slovenia Suomi Tšekki Unkari	(n=13) Italia Itävalta Kroatia Kypros Latvia Liettua Malta Portugali Romania Slovakia Slovenia Tšekki Unkari

Vapaaehtoinen täydennyskoulutus	(n=11) Belgia Bulgaria Espanja Islanti Kypros Luxemburg Malta Portugali Ruotsi Tanska Viro	(n=11) Espanja Hollanti Irlanti Kreikka Kypros Luxemburg Malta Norja Ruotsi Tanska Viro	(n=10) Belgia Espanja Islanti Kreikka Kypros Luxemburg Malta Norja Ruotsi Viro	(n=6) Islanti Kreikka Puola Sveitsi Tanska Viro	(n=7) Espanja Irlanti Puola Ruotsi Saksa Tanska Viro
Pakollinen ja vapaaehtoinen täydennyskoulutus	(n=7) Iso-Britannia Kreikka Kroatia Latvia Liettua Norja** Romania	(n=10) Belgia Itävalta Kroatia Latvia Liettua Portugali Romania Saksa Suomi Tšekki	(n=4) Itävalta Saksa Slovenia Sveitsi	(n=7) Belgia*** Bulgaria Espanja Latvia Portugali Romania Saksa	(n=8) Belgia Bulgaria Hollanti Iso-Britannia Malta Ranska Suomi Sveitsi
Ei täydennyskoulutusjärjestelmää	-	-	(n=1) Tanska	(n=2) Norja Ruotsi	(n=3) Islanti Kreikka Norja

* Maltalaisten sairaanhoitajien täydennyskoulutusjärjestelmästä ei ollut saatavilla tietoa.

** Täydennyskoulutus oli pakollista vain yleislääkäreille.

*** Täydennyskoulutus oli pakollista vain erikoissairaanhoitajille.

**** Täydennyskoulutus oli pakollista erikoistuneille apteekkialan ammattilaisille.

4.2.3 Pakollisen täydennyskoulutuksen yhteys ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensointiin, uudelleenrekisteröintiin tai revalidointiin

Täydennyskoulutus oli yhteydessä ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensointiin, uudelleenrekisteröintiin tai revalidointiin 54 %:ssa (n=17) EU-/EFTA-maista, joissa oli käytössä pakollinen täydennyskoulutus. Ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensointi ja revalidointi ovat monitahoisia prosesseja, johon liittyy muitakin tekijöitä kuin täydennyskoulutus, kuten kollegoiden vertaisarviointit terveydenhuollon ammattilaisen toiminnasta. Taulukossa 6 esitetään ammattiryhmät ja maat, joissa täydennyskoulutus oli yhteydessä ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensointiin, uudelleenrekisteröintiin tai revalidointiin. Näistä maista Kroatiassa, Latviassa, Liettuassa, Unkarissa ja Romaniassa täydennyskoulutusvaatimukset otettiin huomioon ammatin-

harjoittamisoikeuden uudelleenlisensoinnissa, uudelleenrekisteröinnissä tai revalidoinnissa kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien kohdalla. (European Commission 2015.)

Taulukko 6. Ammattiryhmät ja maat, joissa täydennyskoulutus oli yhteydessä ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenlisensointiin, uudelleenrekisteröintiin tai revalidointiin (European Commission 2015).

Lääkärit	Hammaslääkärit	Apteekkialan ammattilaiset	Sairaanhoitajat	Kätilöt
(n=10) Hollanti Iso-Britannia Kroatia Latvia Liettua Norja** Romania Slovakia Slovenia Unkari	(n=8) Belgia Iso-Britannia Kroatia Latvia Liettua Romania Slovenia Unkari	(n=11) Hollanti Irlanti Iso-Britannia Kroatia Latvia Liettua Portugali Puola Romania Slovakia Unkari	(n=13) Hollanti Belgia* Bulgaria Iso-Britannia Irlanti Kroatia Kypros Latvia Liettua Romania Slovenia Tšekki Unkari	(n=13) Hollanti Belgia Bulgaria Iso-Britannia Kroatia Kypros Latvia Liettua Romania Slovakia Slovenia Tšekki Unkari

* Koski erikoissairaanhoitajia.

** Koski yleislääketieteen erikoislääkäreitä.

Seuraavassa kuvataan esimerkkinä terveydenhuollon ammattihenkilöiden revalidointia Iso-Britanniassa, jossa aloitettiin lääkärin revalidointi vuonna 2012 (Archer & Regan de Bere 2013) sekä sairaanhoitajien ja kätilöiden revalidointi vuonna 2016 (Myatt 2015). Revalidointi on pakollista kaikille lääkäreille (Archer & Regan de Bere 2013), sairaanhoitajille ja kätilöille (Myatt 2015), jotka aikovat harjoittaa ammattiaan Iso-Britanniassa. Revalidointi otettiin käyttöön Iso-Britanniassa muun muassa useiden vakavien hoitovirhetapausten vuoksi (Archer & Regan de Bere 2013). Iso-Britanniassa General Medical Council (GMC) ja Nursing & Midwifery Council (NMC) ovat antaneet ohjeita lääkärin (Archer & Regan de Bere 2013, GMC 2017), sairaanhoitajien ja kätilöiden (NMC 2017) revalidointi-prosessiin.

Lääkärin revalidoinnin toimeenpanija on General Medical Council (GMC), jolle paikallisen lääketieteellisen johtajan tulee antaa viiden vuoden välein suositus kunkin alaisuudessaan olevan lääkärin revalidoinnista seniorilääkärin vuotuisen arvioinnin perusteella. Seniorilääkäreiden vuotuisissa arvioinneissa käydään läpi lääkärin koostamaa portfolioa, jossa on tietoa ammatinharjoittamisen eri osa-alueilta (taulukko 7). Lääkärin revalidointi edellyttää myös täydennyskoulutusta noin 50 tuntia vuodessa. Lääketieteellinen johtaja voi suositella lääkärin revalidointia, lykätä päätöstä esimerkiksi ammatinharjoittamiseen tulleen tauon vuoksi tai suositella toimenpiteitä ammattipätevyyden uudelleenarvioimiseksi. (Archer & Regan de Bere 2013.) GMC päättää viime kädessä lääkärin revalidoinnista (Archer & Regan de Bere 2013) ja on yhteydessä lääkäriin, mikäli lääketieteellinen johtaja ei suosittele revalidointia. Lääkärillä on tällöin 28 vuorokautta aikaa antaa vastine ammatinharjoittamisoikeutensa jat-

kamisen puolesta. Mikäli lääkärin valitusta ei hyväksytä, menettää hän ammatinharjoittamisoikeutensa. (GMC 2017.) Kuviossa 2 esitetään lääkärin revalidointi-prosessi Iso-Britanniassa (Archer & Regan de Bere 2013, GMC 2017).

Isossa-Britanniassa ammatilliset toimielimet, akateemikot, yksityiset yritykset ja GMC ovat kehittäneet lääkärin revalidointia varten useita menetelmiä. Vertaisarviointi- ja potilaspalautteen keräämisessä käytettiin esimerkiksi multisource feedback (MSF) -menetelmiä. Epäkohtina lääkärin revalidoinnissa tuotiin esiin lääketieteellisten johtajien päätösten ja arviointien yhdenmukaisuus sekä toimenpidesuunnitelmien puuttuminen, kun lääkärin ammatinharjoittamisesta arvioitiin olevan puutteita. (Archer & Regan de Bere 2013.)

Taulukko 7. Iso-Britanniassa lääkärin revalidoinnissa käytettävän portfolioon sisältyvät tiedot (Archer & Regan de Bere 2013).

Otsikko	Yksityiskohdat	Dokumentit
Henkilökohtaiset tiedot	– Yleistä tietoa henkilön ammatinharjoittamisesta	– Organisaatiot ja paikat, joissa ammattia on harjoitettu – Yksityiskohdat nykyisestä ja suunnitellusta ammatinharjoittamisesta
Työnkuva	– Tiedot, taidot ja suorituskky – Laatu ja turvallisuus – Vuorovaikutus, kumppanuus ja tiimityöskentely – Luottamuksen ylläpitäminen	– Jatkuva ammatillinen kehittyminen – Toimet laadunparantamiseksi – Merkittävät tapahtumat (epätarkoituksenmukaiset tai ennakoimattomat tapahtumat, jotka olisivat voineet aiheuttaa potilaalle haittaa tai jotka aiheuttivat potilaalle haittaa). – Kollegoilta ja potilailta saatu palaute – Saadut valitukset ja kiitokset
Vuotuiset arvioinnit	– Dokumentit aikaisemmista vuotuisista arvioinneista	– Yhteenveto aikaisemmista arvioinneista, joissa on arvioitsijan allekirjoitus
Henkilökohtainen kehittämissuunnitelma	– Henkilökohtainen kehittämissuunnitelma, joka sisältää myös selostuksen aikaisemmista henkilökohtaisista kehittämissuunnitelmista	– Osoitus henkilökohtaisesta kehittämissuunnitelmasta, sekä aiempien kehittämissuunnitelmien reflektointi
Rehellisyys	– Rehellisyyden ja luotettavuuden osoittaminen, sekä osoitus siitä, että henkilö on toiminut hyvien ammatillisten käytänteiden mukaisesti	– Allekirjoitettu lausunto lääkärin rehellisyydestä – Tiedotus GMC:lle, mikäli lääkäri on saanut varoituksen, syytteitä, tuomittu rikoksesta, erotettu lääkärin toimesta tai hänelle on asetettu ammatillisia rajoituksia
Terveys	– Henkilön terveydentila	– Allekirjoitettu lausunto siitä, että lääkäri pystyy terveydentilansa puolesta harjoittamaan turvallisesti ammattiaan

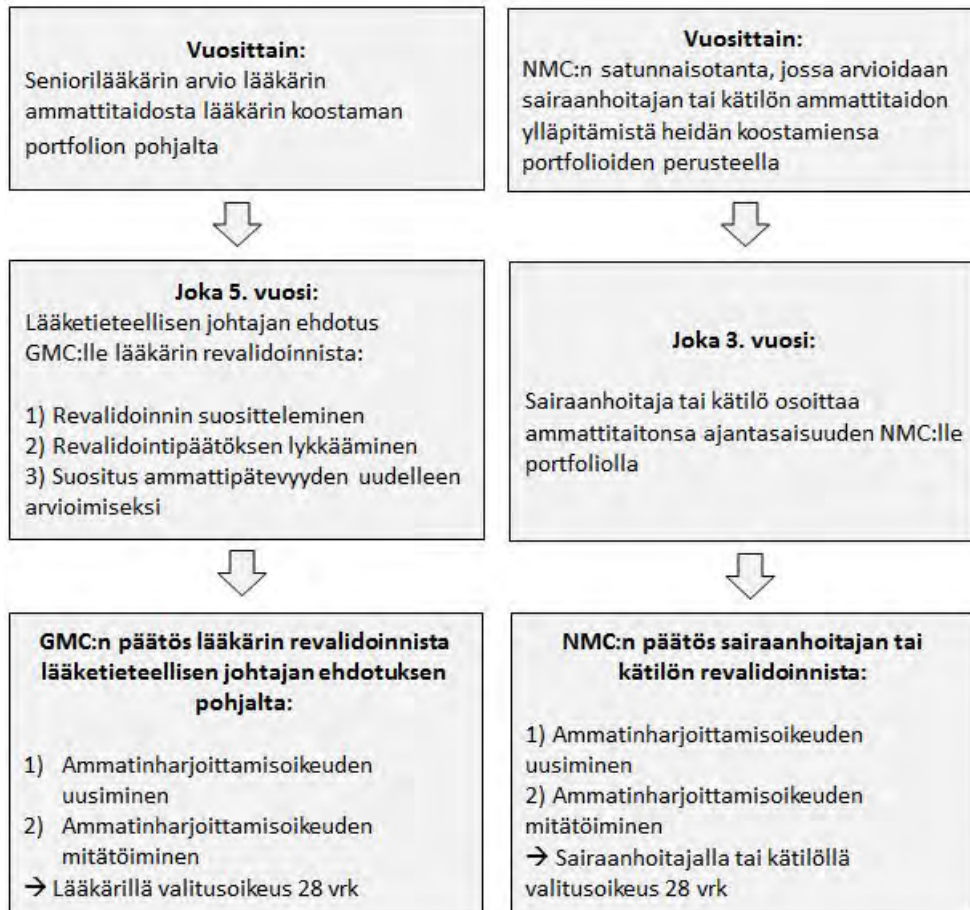
Sairaanhoitajien ja kättilöiden revalidoinnin toimeenpanija on Nursing & Midwifery Council (NMC), joka vaatii tiettyjen ammatillisten vaatimusten täyttymistä ammatinharjoittamislupa jatkamiseksi. Ammatinharjoittamislupa uusitaan kolmen vuoden välein revalidointi-prosessissa. NMC suosittelee sairaanhoitajia ja kättilöitä kokoamaan revalidointiin liittyvät tiedot portfolioon, sillä NMC valitsee vuosittain satunnaisotannalla

joukon sairaanhoitajia ja kätilöitä, joiden ammattitaidon ylläpitämistä arvioidaan portfolioiden ajantasaisuuden perusteella. Taulukossa 8 esitetään tiedot, jotka sairaanhoitajien ja kätilöiden portfolion tulee sisältää. Revalidointi edellyttää sairaanhoitajia ja kätilöitä osallistumista täydennyskoulutukseen vähintään 35 tuntia kolmen vuoden aikana ja työskentelyä koulutusta vastaavassa työssä 450 tuntia. Jos sairaanhoitaja tai kätilö ei ole työskennellyt koulutustaan vastaavassa työssä kolmen vuoden aikana 450 tuntia, tulee hänen osallistua työhön paluu-ohjelmaan. (Myatt 2015.) Mikäli sairaanhoitaja tai kätilö ei toimita revalidointihakemustaan määräajassa tai epäonnistuu muutoin revalidointi-prosessissa, menettää hän automaattisesti ammatinharjoittamisoikeutensa. Sairaanhoitajalla tai kätilöllä on kuitenkin mahdollisuus tehdä valitus 28 vuorokauden sisällä kielteisestä päätöksestä. Mikäli päätös on valituksen jälkeen edelleen kielteinen, ei sairaanhoitajalla tai kätilöllä ole enää uutta valitusoikeutta ja hän menettää ammatinharjoittamisoikeutensa. (NMC 2017.) Kuviossa 2 esitetään sairaanhoitajien ja kätilöiden revalidointi-prosessi Iso-Britanniassa (Myatt 2015, NMC 2017).

Taulukko 8. Sairaanhoitajien ja kätilöiden revalidoinnissa käytettävän portfolion sisältämät tiedot (mukaillen Myatt 2015).

Otsikko	Dokumentit
Vähintään 450 tuntia käytännön työssä kolmen vuoden aikana	<ul style="list-style-type: none"> – Tuntimäärät käytännön työssä kolmen vuoden aikana – Ajanjaksot, jolloin tuntimäärät käytännön työssä on tehty – Organisaation tiedot, jossa ammattia on harjoitettu – Työskentelyala ja työnkuva – Kuvaus työstä
Vähintään 35 tuntia täydennyskoulutusta kolmen vuoden aikana (20 tuntia läsnäoloa edellyttävää opiskelua ja 15 tuntia itsenäistä opiskelua)	<ul style="list-style-type: none"> – Ajanjaksot, jolloin täydennyskoulutukseen on osallistuttu – Täydennyskoulutuksen tuntimäärät – Täydennyskoulutuksen osallistumismuodot – Kuvaus täydennyskoulutuksesta, sekä siitä, miten täydennyskoulutus liittyy tehtyyn työhön – Pohdinta siitä, miten täydennyskoulutus liittyy ammatillisiin arvoihin – Todistus täydennyskoulutukseen osallistumisesta
Viisi erillistä palautetta käytännön työstä	<ul style="list-style-type: none"> – Palautteen sisältö ja huomiot siitä, miten palaute on parantanut ammatinharjoittamista
Reflektointi ja keskustelut kollegoiden kanssa	<ul style="list-style-type: none"> – Viisi erillistä kirjallista selvitystä täydennyskoulutuksen tai saadun palautteen reflektoinnista, sekä siitä, miten nämä liittyvät ammatillisiin arvoihin ja ovat vaikuttaneet ammatinharjoittamiseen – Kirjalliset selvitykset tulee allekirjoittaa ja päivätä. Lisäksi niissä tulee olla kollegan nimi ja NMC:n jäsentunnus, jonka kanssa keskustelut on käyty
Ammatillinen vahingonkorvausjärjestely	<ul style="list-style-type: none"> – Ammatillisen toimielimen tai yksityisen vakuutusjärjestelyn nimi, sekä todistus tästä, kuten kopio Royal College of Nursingin jäsenkortista
Terveys- ja henkilöselvitys	<ul style="list-style-type: none"> – Osio tehdään sähköisesti revalidointihakemuksen yhteydessä
Kolmannen osapuolen vahvistus	<ul style="list-style-type: none"> – NMC:n allekirjoitettu vahvistus

Kuvio 2. Lääkärien (Archer & Regan de Bere 2013, GMC 2017) sekä sairaanhoitajien ja kätilöiden (Myatt 2015, NMC 2017) revalidointi-prosessi Iso-Britanniassa



Suomessa ei ole käytössä revalidointia. Suomalaiset lääkärit suhtautuivat pääosin kielteisesti erikoislääkärinoikeuksien määräaikaistamiseen ja lääkäreistä vain 9 % kannatti toimiluvan uusimista. Toisaalta yli viidennes lääkäreistä ei ottanut asiaan kantaa. Mikäli erikoislääkärin toimiluvan uusiminen toteutetaan Suomessa, tulisi sen lääkärin mukaan perustua ensisijaisesti täydennyskoulutukseen osallistumiseen. Lääkärit eivät pitäneet kirjallista tenttiä hyvänä vaihtoehtona. Lääkärien suhtautumisessa toimiluvan uusimisen menetelmiin todettiin olevan jossain määrin vaihtelua erikoisalojen välillä. Konservatiiviset lääketieteen erikoisalot suhtautuivat myönteisimmin kirjalliseen tenttiin ja psykiatriset alat suhtautuivat myönteisemmin työnäytteeseen. Vertaisarviointia kannattivat eniten operatiiviset ja diagnostiset alat. (Sumanen ym. 2011.)

4.2.4 Vapaaehtoinen täydennyskoulutus

EU-/EFTA-maista 90 %:ssa (n=28) oli käytössä vapaaehtoinen täydennyskoulutus ainakin yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilöryhmässä. Maissa saattoi myös toteutua samanaikaisesti sekä vapaaehtoinen että pakollinen täydennyskoulutus. Taulukossa 5 esitetään vapaaehtoiset täydennyskoulutusjärjestelmät maittain ja ammattiryhmittäin sekä maat ja ammattiryhmät, joissa oli samanaikaisesti sekä vapaaehtoinen että pakollinen täydennyskoulutusjärjestelmä. (European Commission 2015.) Kappaleessa 5.3.4 esitetään seuraamuksia, joita vapaaehtoisen täydennyskoulutuksen noudattamatta jättämisestä voi terveydenhuollon ammattihenkilölle tulla.

Vapaaehtoinen täydennyskoulutus toteutui kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien kohdalla Espanjassa, Belgiassa ja Virossa. Vapaaehtoinen täydennyskoulutus saattoi muodostua samassa EU-/EFTA-maassa useasta eri tekijästä. Kaikkia viittä ammattiryhmää edustavasta vastaajajoukosta lähes 55 % ilmoitti, että vapaaehtoinen täydennyskoulutus perustui ammattieettiseen velvollisuuteen (ethical obligation). Vastaajista hieman yli 40 % mukaan perusteena oli ammatillisen toimielimen suositus (code/regulation by professional body), noin 35 % mukaan laki sekä 15 % mukaan asetus tai valtiollinen määräys (degree/governmental regulation). Vastaajista hieman yli 10 % ilmoitti, että vapaaehtoista täydennyskoulutusta ei ohjattu mitenkään. Vapaaehtoisesta täydennyskoulutuksesta annettiin suosituksia vähimmäistunti- ja opintopistemääristä sekä toisinaan sisällöstä. (European Commission 2015.)

4.2.5 Puutteellinen täydennyskoulutus

EU-/EFTA-maista 16 %:ssa (n=5) ei ollut käytössä pakollista eikä vapaaehtoista täydennyskoulutusta tietyn terveydenhuollon ammattiryhmän kohdalla. Taulukossa 5 esitetään maat ja ammattiryhmät, joissa terveydenhuollon ammattihenkilöillä ei ollut käytössä lainkaan täydennyskoulutusta. Tällöin täydennyskoulutukseen osallistuminen riippui ammattieettisyydestä, terveydenhuollon ammattihenkilön henkilökohtaisesta kiinnostuksesta tai hänen työnantajansa kiinnostuksesta. (European Commission 2015.)

4.2.6 Täydennyskoulutuksen järjestäjät ja järjestämismuodot

EU-/EFTA-maissa täydennyskoulutusta järjestivät tavallisesti ammatilliset organisaatiot, tieteelliset yhteisöt ja yksityinen sektori. Täydennyskoulutuksen järjestäjissä oli vaihtelua eri ammattiryhmien välillä. Lääkärien täydennyskoulutusta järjesti tyypillisimmin tieteellinen yhteisö. (European Commission 2015.) Hammaslääkärien täydennyskoulutusta järjestivät tavallisimmin ammatilliset organisaatiot (Suomalainen ym. 2013, European Commission 2015), yliopistot (Bullock ym. 2012, Suomalainen ym. 2013) ja

ammattiyhdistykset (Bullock ym. 2012). Hammaslääkäreiden täydennyskoulutusta tarjosivat myös kaupalliset järjestäjät, mutta esille nostettiin niihin liittyvät pätevyysvaatimukset ja intressiristiriidat (Suomalainen ym. 2013). Apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutusta järjestivät tyypillisimmin yksityinen sektori sekä sairaanhoitajien ja kättilöiden täydennyskoulutusta ammatillinen järjestö (professional organisation). (European Commission 2015.)

Suomessa lääkärien ja hammaslääkäreiden täydennyskoulutusta järjestivät tieteelliset yhteisöt, ammatilliset järjestöt, julkinen ja yksityinen sektori sekä hammaslääkäreiden täydennyskoulutusta myös korkeakoulut. Sairaanhoitajien ja kättilöiden täydennyskoulutusta järjestivät koulutusinstituutiot, ammatilliset järjestöt ja yksityinen sektori. Sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen järjestäjiä olivat myös työnantajat ja tieteelliset yhteisöt sekä kättilöiden ministeriö. Apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutusta järjestivät ammatilliset järjestöt ja koulutuskeskukset. (European Commission 2015.)

EU-/EFTA-maissa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutusta järjestettiin tyypillisimmin konferensseina, symposiumeina, luentoina ja seminaareina. Täydennyskoulutuksen järjestämisessä oli myös kasvavaa kiinnostusta verkko-opintoja ja akateemisia etäopintoja kohtaan. (European Commission 2015.) EU-maissa lääkärien suosimaan täydennyskoulutukseen kuuluivat tieteelliset ja kliiniset kokoukset (Brigley ym. 2006), konferenssit ja paikalliset tapaamiset (Stewart ym. 2008), ulkopuolisen järjestäjän kurssit (Kjaer ym. 2014), itsenäinen lukeminen (Brigley ym. 2006, Stewart ym. 2008, Kjaer ym. 2014), taitojen testaus (audit) (Stewart ym. 2008), opettaminen (Stewart ym. 2008) sekä Internetin (Stewart ym. 2008) tai sähköisten tietokantojen (Kjaer ym. 2014) käyttö. Hammaslääkäreiden yleisimpiä täydennyskoulutuksen toteuttamismuotoja olivat kurssit, konferenssit ja seminaarit (Bullock ym. 2012). Sairaanhoitajien ja kättilöiden ammatillisessa kehittämisessä työssä oppiminen nähtiin yhtä tärkeänä kuin teoreettinen oppiminen (Casey ym. 2017). Suomessa lääkärien, hammaslääkäreiden, apteekkialan ammattilaisten, sairaanhoitajien ja kättilöiden täydennyskoulutusta järjestettiin lukuisilla eri tavoilla. Kaikille ammattiryhmille järjestettiin seminaareja ja tapausesimerkkiesityksiä. (European Commission 2015.)

4.2.7 Moniammatillinen täydennyskoulutus

EU-/EFTA-maissa terveydenhuollon eri ammattihenkilöryhmistä 64-82 %:lla oli mahdollisuus osallistua moniammatilliseen täydennyskoulutukseen. Eniten moniammatilliseen täydennyskoulutukseen osallistuivat kättilöt ja vähiten sairaanhoitajat. Moniammatillisen täydennyskoulutuksen aiheet liittyivät muun muassa kliiniseen työhön, infektioiden torjuntaan, potilasturvallisuuteen, laadun parantamiseen, hallinnollisiin asioihin, kansanterveyteen, kliinisiin polkuihin ja protokolliin, ensiapuun sekä kroonisiin sairauksiin. (European Commission 2015.) Moniammatillisessa täydennyskoulutuk-

sessä oli tärkeää kattaa koko tiimin tarpeet. Hammaslääkäreiden täydennyskoulutuksessa tämä oli keino vahvistaa hoitotiimin yhteisiä päämääriä sekä tehostaa uudenlaisten tekniikoiden ja työskentelytapojen käyttöönottoa. (Suomalainen ym. 2013.)

Suomessa moniammatillista täydennyskoulutusta oli tarjolla kaikille viidelle ammattiryhmälle. Suomessa moniammatillisen täydennyskoulutuksen aiheet liittyivät lääke-reillä ja sairaanhoitajilla potilasturvallisuuteen ja palliatiiviseen hoitoon, hammaslääkäreillä säteilyturvallisuuteen, kättilöillä synnytysoppiin, gynekologiaan, terveydenhoitoon, etiikkaan ja potilasturvallisuuteen sekä apteekkialan ammattilaisilla lääkkeiden tarkastukseen. (European Commission 2015.)

4.3 Terveystenhuollon täydennyskoulutuksen laatu, rahoitus ja seuranta Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa

4.3.1 Täydennyskoulutustoiminnan akkreditointi

Täydennyskoulutuksen akkreditoinnissa oli merkittävää vaihtelua EU-/EFTA-maiden ja ammattiryhmien välillä. Jokaisessa EU-/EFTA-maassa oli käytössä akkreditointijärjestelmä ainakin yhdessä terveydenhuollon ammattiryhmässä. Itävallassa, Belgiassa, Unkarissa, Italiassa, Irlannissa, Liettuassa, Slovakiassa ja Espanjassa kaikilla terveydenhuollon ammattiryhmillä oli käytössä akkreditointijärjestelmä. Suomessa ainoastaan lääkäreiden ja apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutuksessa käytettiin akkreditointia. (European Commission 2015.)

Täydennyskoulutustoiminnan akkreditointi ei ollut aina yhteydessä pakolliseen täydennyskoulutukseen. EU-/EFTA-maissa, joissa täydennyskoulutus oli vapaaehtoista, akkreditointirakenteet olivat laajimmat. Lisäksi virallinen täydennyskoulutustoiminta³ oli useammin akkreditoitua kuin epävirallinen täydennyskoulutus⁴. (European Commission 2015.) Hammaslääkärien kouluttajista jopa 80 % oli sitä mieltä, että kaikissa EU-maissa tulisi olla virallinen, kansallisesti akkreditoitu täydennyskoulutusjärjestelmä (Bullock ym. 2012). Myös Suomalaisen ym. (2013) tutkimuksessa ehdotettiin, että

³ Tarkoituksellista täydennyskoulutustoimintaa, jonka tavoitteena on tietojen, taitojen sekä kompetenssien parantaminen ja jota voidaan dokumentoida, varmentaa ja sertifioida. Virallista täydennyskoulutusta voidaan järjestää lukuisilla eri tavoilla, kuten esimerkiksi kursseina, työpajoina ja opintokäynteinä. (European Commission 2015.)

⁴ Tarkoituksellista täydennyskoulutustoimintaa, joka parantaa tietoja, taitoja ja kompetensseja ja joka voi olla tai ei ole dokumentoitavissa ja varmennettavissa. Epävirallinen täydennyskoulutus sisältää usein ammattitoiminnan ohessa tapahtuvaa oppimista, kuten virheistä oppiminen, mutta voi myös sisältää suunniteltuja oppimistilanteita. (European Commission 2015.)

hammaslääkäreiden täydennyskoulutuksen järjestäjille tulisi olla yhtenäiset, kansainvälisesti hyväksytyt akkreditointikriteerit.

EU-/EFTA-maissa täydennyskoulutustoiminnan akkreditoinnista saattoivat olla samanaikaisesti vastuussa useat eri tahot. Kaikkia viittä ammattiryhmää edustavasta vastaajajoukosta ilmoitti, että ammattijärjestöt (vastaajista 45 %) ja toimivaltaiset ammatilliset toimielimet (professional body with regulatory competence, lähes 45 %), olivat vastuussa täydennyskoulutuksen akkreditoinnista. Myös terveysministeriöt (vastaajista hieman yli 25 %), korkeakoulut (noin 15 %) sekä julkiset akkreditointitoimistot (lähes 15 %) vastasivat akkreditoinnista. Lisäksi muut, nimeämättömät tahot (hieman yli 15 %) osallistuivat täydennyskoulutuksen akkreditointiin. Täydennyskoulutuksen akkreditointiin osallistuivat vähiten opetusministeriöt (hieman yli 5 %), yksityiset akkreditointitoimistot (noin 1 %) sekä yksityisen sektorin toimijat (noin 1 %). (European Commission 2015.)

EU-maissa ammattijärjestöillä oli merkittävä rooli lääkärien täydennyskoulutuksen akkreditoinnissa. Lisäksi lääkärien täydennyskoulutuksen akkreditointiin oli omia yhdistyksiään. (Solé ym. 2014.) Kaikkia viittä ammattiryhmää edustavasta joukosta lähes 50 % ilmoitti, että akkreditointistatus myönnettiin täydennyskoulutustoiminnalle. Vastaajista noin 30 % mukaan status myönnettiin täydennyskoulutuksen järjestäjälle sekä hieman noin 20 % mukaan jollekin muulle. Akkreditointistatuksen myöntäminen perustui useimmiten ammatillisiin ohjeisiin, oppimistuloksiin ja täydennyskoulutustoiminnan kestoan. Hammaslääkäreiden näkemysten mukaan täydennyskoulutuksen laadunarvioinnissa oli tarpeellista arvioida täydennyskoulutuksen järjestäjiä ja täydennyskoulutustoimintaa. Opettajien ja asiantuntijoiden hammaslääketieteellisen asiantuntijuuden ohella pidettiin tärkeänä pedagogista pätevyyttä. (Suomalainen ym. 2013.) Kaikkia viittä ammattiryhmää edustavasta joukosta lähes 60 % ilmoitti, että akkreditoinnista perittiin korvauksia, ja hieman yli 40 % ilmoitti, että korvauksia ei peritty. Korvausten periminen vaihteli huomattavasti ammattiryhmittäin. Korvauksia perittiin erityisesti lääkäreiden sekä hammaslääkäreiden täydennyskoulutuksen akkreditoinnista. (European Commission 2015.) Lisäksi suositeltiin palautteen keräämistä täydennyskoulutukseen osallistujilta (Suomalainen ym. 2013).

Suomessa lääkäreiden ammatillista kehittymistä tukeva yhdistys Pro Medico akkreditoi lääkäreiden ei-kaupallisia täydennyskoulutuksen järjestäjiä, mutta ei yksittäisiä koulutus-tapahtumia. Tärkeimpänä asiana lääkäreiden täydennyskoulutuksen akkreditoinnissa pidettiin kansallisten ammatillisten suositusten noudattamista. Apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutuksen akkreditoinnissa huomioitiin Suomessa koulutuksen pituus, kansallisten toimintatapojen noudattaminen, saavutettavat oppimistulokset sekä koulutuksen soveltuvuus erikoisalalle. (European Commission 2015.)

4.3.2 Täydennyskoulutustoiminnan rahoitus

EU-/EFTA-maissa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutusta rahoitettiin tavallisimmin omakustanteisesti (European Commission 2015). EU:n jäsen- ja ehdokasmaista 80 %:ssa hammaslääkärit rahoittivat itse täydennyskoulutukseen osallistumisensa (Bullock ym. 2012). Myös esimerkiksi Iso-Britanniassa kirurgit rahoittivat täydennyskoulutustaan tyypillisimmin itse (Stewart ym. 2008).

EU-/EFTA-maissa seuraavaksi merkittävin täydennyskoulutuksen rahoittaja oli työnantaja. Lääkäreillä, apteekkialan ammattilaisilla, sairaanhoitajilla ja kättilöillä työnantaja oli rahoittajana lähes yhtä usein. Muita rahoittajia olivat kaupalliset tahot, lääketeollisuus, ammattijärjestöt tai toimivaltaiset viranomaiset (competent authorities). Suomessa lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutusta rahoittivat ammatilliset järjestöt, työnantajat, yksityinen tai kaupallinen sektori sekä ammattilaiset itse. Kättilöiden ja sairaanhoitajien täydennyskoulutusta rahoittivat ammatilliset järjestöt, työnantajat ja ammattilaiset itse sekä sairaanhoitajien osalta myös säätiöt. (European Commission 2015.)

Terveysdenhuollon ammattihenkilöiden pakolliseen tai vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen osallistuminen työajalla vaihteli EU-/EFTA-maittain ja ammattiryhmittäin. Yleisesti ottaen työnantajat tukivat vähemmän vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen osallistumista työajalla kuin pakolliseen täydennyskoulutukseen osallistumista. (European Commission 2015.) Oli tärkeää, että täydennyskoulutukseen osallistumista tuettiin rahallisesti, sillä Brigleyn ym. (2006) mukaan juuri puutteellinen rahoitus rajoitti lääkäreiden osallistumista täydennyskoulutukseen. Sairaanhoitajien kohdalla todettiin, että työnantajan tarjoaman rahallisen tuen puute täydennyskoulutukseen osallistumiseksi voi pahimmillaan johtaa motivaation katoamiseen työtä ja ammatillista kehittymistä kohtaan (Bjørk ym. 2009).

Erään tutkimuksen mukaan talouden kehityksen todettiin johtavan siihen, että laadukkaasta täydennyskoulutuksesta tunnetut yliopistot alkavat käyttää hammaslääkäreiden täydennyskoulutuksessa kaupallisia yrityksiä. Kaupallisten yritysten käytön arvioitiin kuitenkin voivan vaarantaa oppimistavoitteiden puolueettomuuden ja vaikuttaa materiaalien saatavuuteen. (Suomalainen ym. 2013.) Terveysdenhuollon niukkojen resurssien vuoksi hoitotyön johtajien avuksi ehdotettiin mallia, jonka avulla voidaan arvioida täydennyskoulutustoiminnan aiheuttamia kustannuksia. Mallissa kustannukset muodostuivat organisaation keskitetyistä kustannuksista sekä paikallisella tasolla ja yksittäisen työntekijän tasolla muodostuneista kustannuksista. (Bjørk ym. 2009.)

4.3.3 Terveystenhuollon ammattihenkilöiden oppimistarpeiden arviointi

EU-/EFTA-maissa täydennyskoulutustoiminta ei välttämättä ollut yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilöiden oppimistarpeiden arviointiin. Sen sijaan työnantajilla oli merkittävä rooli osaamisvaatimusten asettamisessa, mitä voidaan pitää täydennyskoulutuksen tarvearviointina. (European Commission 2015.) Bringleyn ym. (2006) tekemän kyselyn mukaan suurin osa brittiläisistä lääkäreistä oli sitä mieltä, että täydennyskoulutus vastasi työpaikan tarpeita. Sairaanhoitajien ja kättilöiden ammattipätevyyden ylläpitämisessä nähtiin tärkeäksi se, että työntekijän oppimistarpeet määritetään yhdessä lähiesimiehen kanssa (Casey ym. 2017).

Terveystenhuollon ammattihenkilöiden oppimistarpeita arvioitiin useilla eri menetelmillä. Lääkäreiden (Kjaer ym. 2014) ja hammaslääkäreiden (Suomalainen ym. 2013) oppimistarvearvioinnissa korostui henkilökohtainen reflektointi, mutta tarvearviointijärjestelmä voisi auttaa lääkäreitä ymmärtämään paremmin henkilökohtaisia oppimistarpeita (Kjaer ym. 2014). Hoito- ja kättilötyössä ammattipätevyyden arvioinnissa käytettiin itsearviointia, kliinistä ohjausta, mentorointia, vertaisarviointia, simulointia, reflektointia ja portfolioita (Casey ym. 2017). Esimerkiksi Irlannissa kansallisella rekisteröinti- ja valvontaviranomaisella (Nursing and Midwifery Board of Ireland NMBI) oli vastuu sairaanhoitajien ja kättilöiden ammattipätevyysstandardien määrittelystä (Casey ym. 2017, European Commission 2015).

Terveystenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutustarpeita arvioitiin myös objektiivisen strukturoidun kliinisten taitojen kokeen avulla (OSCE - Objective Structured Clinical Examination). Eräässä tutkimuksessa OSCE:n todettiin auttavan hammaslääkäreitä tunnistamaan kliinisen työn alueita, joissa heidän tulisi tulevaisuudessa kehittyä. (Arnold & Walmsley 2008.)

4.3.4 Täydennyskoulutuksen seuranta

Terveystenhuollon ammattihenkilöiden pakollisen täydennyskoulutuksen noudattamista seurattiin eri tahoilla, ja seuranta saattoivat tehdä samanaikaisesti useat eri tahot. Kaikkia viittä ammattiryhmää edustavasta vastaajajoukosta 55 % ilmoitti, että pakollisen täydennyskoulutuksen seurannasta vastasivat toimivaltaiset ammatilliset toimielimet (professional body with regulatory competence). Muita merkittäviä pakollisen täydennyskoulutuksen toteutumisen seuraajatahoja olivat ammattijärjestöt (vajaa 30 %) ja terveysministeriöt (runsas 20 %). Vastaajista noin 15 % ilmoitti, että pakolliseen täydennyskoulutukseen osallistumista seurasi terveydenhuollon ammattihenkilö itse, ja noin 5 % ilmoitti, että osallistumista ei seurattu mitenkään. Suomessa lääkärien,

sairaanhoitajien ja kättilöiden työnantajat seurasivat pakolliseen täydennyskoulutukseen osallistumista. Hammaslääkärit seurasivat itse täydennyskoulutusvelvollisuuden täyttymistä, ja apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutukseen osallistumista ei seurattu mitenkään. (European Commission 2015.)

EU-/EFTA-maissa oli käytössä erilaisia, osittain päällekkäisiä, menettelyitä pakollisen täydennyskoulutusvelvollisuuden noudattamatta jättämisen suhteen. Kaikkia viittä ammattiryhmää edustavasta vastaajajoukosta lähes 30 % ilmoitti, että mikäli henkilö ei noudattanut pakollista täydennyskoulutusvelvoitetta, hän saattoi menettää väliaikaisesti ammatinharjoittamisoikeutensa. Seuraamuksena saattoi olla myös nuhteet ammatilliselta tai hallinnolliselta toimielimeltä (20 %), ammatinharjoittamisoikeuden välitön menetys (lähes 20 %) sakot (hieman yli 5 %) ja syyte lain rikkomisesta (noin 2 % maista). Muita mahdollisia seuraamuksia (hieman yli 40 %) olivat ansionmenetykset, varoitus, ammatilliset rajoitukset, seuranta-aika tai ammattitaitoa arvioiva koe. Vastaa- jista noin 20 % mukaan pakollisen täydennyskoulutusvelvoitteen noudattamatta jättä- misestä ei tullut terveydenhuollon ammattihenkilölle mitään seuraamuksia. (European Commission 2015.)

Vapaaehtoisen täydennyskoulutuksen noudattamisen seuraamista ei usein nähty tarpeelliseksi, tai sen seuraaminen riippui yksilöstä. Vapaaehtoisen täydennyskoulutuk- sen noudattamista seurasivat tyypillisimmin toimivaltaiset ammatilliset toimielimet (professional body with regulatory competence) ja ammattijärjestöt. (European Com- mission 2015.) EU-/EFTA-maissa terveydenhuollon ammattihenkilöille ei usein koitu- nut suoria seuraamuksia, mikäli hän ei noudattanut vapaaehtoisia täydennyskoulutus- suosituksia. Mahdollisia seuraamuksia olivat ammatillisen toimielimen nuhtelu, ka- peammat uralla etenemismahdollisuudet, matalammat korvaukset ja ammattiyhdistyk- sestä erottaminen. (European Commission 2015.)

EU-maista tehdyn tutkimuksen mukaan lääkärin ammattipätevyyttä seurattiin ja täy- dennyskoulutusta koordinoitiin useiden eri toimijoiden kesken. Tällaisia toimijoita saat- toivat olla muun muassa ministeriöt, komiteat ja ammatilliset yhdistykset. Erityisesti ammattijärjestöillä oli tärkeä rooli täydennyskoulutukseen osallistumisen seurannassa. Seurannasta vastaavien toimijoiden tehtäviin kuului myös ylläpitää rekistereitä ja am- matillisia standardeja, laatia ohjeita, määritellä oikeita käytäntöjä ja organisoida täy- dennyskoulutustoimintaa. (Solé ym. 2014.)

4.3.5 Kannustimet täydennyskoulutukseen osallistumiseksi

Terveydenhuollon ammattihenkilöt saivat kannustimia täydennyskoulutukseen osallis- tumiseksi useammin maissa, joilla oli vapaaehtoinen täydennyskoulutusjärjestelmä.

Kaikkia viittä ammattiryhmää edustavasta vastaajajoukosta lähes 30 % ilmoitti, että pakolliseen täydennyskoulutukseen osallistumisesta sai kannustimia. Kannustimet ilmenivät verohyvityksinä, palkallisena vapaana töistä täydennyskoulutukseen osallistumiseksi sekä rahallisina hyvityksinä, joita muun muassa terveysministeriöiden raportoitiin maksavan. Erityisesti hammaslääkärit saivat rahallisia kannustimia sekä pakolliseen että vapaaehtoiseen täydennyskoulutukseen osallistumiseksi. (European Commission 2015.)

5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Systemoidun kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että ajantasaista tutkittua tietoa Euroopan unionin jäsenmaiden ja EFTA-maiden täydennyskoulutusjärjestelmistä on melko vähän saatavilla. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden täydennyskoulutuksesta oli saatavilla eniten tutkimuksia. Vähiten tutkimuksia löytyi apteekkialan ammattilaisten, sairaanhoitajien ja kättilöiden täydennyskoulutuksesta.

Kansallinen lainsäädäntö velvoittaa yleensä terveydenhuollon ammattihenkilöitä osallistumaan täydennyskoulutukseen ammattitaitonsa ylläpitämiseksi, mutta terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävää osallistumista täydennyskoulutukseen ei aina varmisteta. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksen vuonna 2004. Vaikka suositus noudattaa jatkuvan ammatillisen kehittymisen periaatteita, suositus tulisi uudistaa vastaamaan terveydenhuollon ammattihenkilölakiin vuonna 2016 implementoitua ammattipätevyysdirektiivin säännöstä jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä sekä maakunta- ja sote-uudistuksesta annettavia säännöksiä.

Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin tarkemmin kahdeksan EU-/EFTA-maan terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksen sääntelyä ja ohjausta. Suomessa täydennyskoulutus on pakollista jokaiselle viidelle säännellylle terveydenhuollon ammattihenkilöryhmälle. Muissa pohjoismaissa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutusvelvollisuus perustuu pitkälti vapaaehtoisuuteen. Myös Iso-Britanniassa täydennyskoulutus on pakollista kaikille terveydenhuollon ammattihenkilöryhmille.

Euroopan unionin jäsenmaissa ja EFTA-maissa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutusvelvollisuus vaihtelee merkittävästi maittain ja ammattiryhmittäin, vaikka Euroopan unionin ammattipätevyysdirektiivissä säädetään sääntelyjen terveydenhuollon ammattien jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä ja vaikka jäsenmaiden tulee raportoida komissiolle ne toimet, joilla edistetään säänneltyjen ammattihenkilöryhmien jatkuvaa ammatillista kehittymistä. Lisäksi seuraamukset täydennyskoulutukseen osallistumattomuudesta vaihtelevat merkittävästi maittain.

Eri maiden täydennyskoulutuskäytännöt vaihtelevat jonkin ammattiryhmän täydennyskoulutusjärjestelmän täydellisestä puutteesta aina täydennyskoulutuksen sitomiseen revalidointi-prosessiin ja ammatinharjoittamisoikeuden uudelleenrekisteröintiin. Suomessa revalidointia ei ole käytössä, mutta keskustelua sen tarpeellisuudesta käy-

dään. Ammatinharjoittamisoikeuden uusiminen revalidoinnin avulla saattaisi Suomesakin parantaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutusvelvollisuuden täyttymistä ja ammatillisen osaamisen suunnitelmallista kehittämistä läpi työuran, sillä ammattiryhmien välillä on jonkin verran eroja täydennyskoulutukseen osallistumisessa.

Terveydenhuollon täydennyskoulutusta järjestävät EU-/EFTA-maissa useat eri tahot ja käytössä on vaihtelevasti eri täydennyskoulutusmuotoja. Täydennyskoulutuksen laadun varmistamisessa eli akkreditointikäytännöissä on myös vaihtelua maittain. Suomessa akkreditointia käytetään ainoastaan lääkäreiden ja apteekkialan ammattilaisten täydennyskoulutuksessa, joten myös muiden ammattiryhmien täydennyskoulutuksen akkreditointia voisi olla jatkossa tarkoituksenmukaista harkita. Vertailukelpoisten akkreditointikäytäntöjen avulla voitaisiin edistää täydennyskoulutuksen tasalaatuisuutta eri maissa. Tästä olisi etua myös terveydenhuoltohenkilöstön kansainvälisen liikkuvuuden kannalta.

Terveydenhuollon täydennyskoulutusta rahoitetaan yleisimmin omakustanteisesti ja työnantajan puolesta. Tutkimusten mukaan olisi tärkeää, että terveydenhuollon ammattihenkilöt saisivat rahallista tukea täydennyskoulutukseen osallistumiseksi. Rahallisen tuen puute saattaa rajoittaa täydennyskoulutusaktiivisuutta ja aiheuttaa motivaa-tion puutetta jatkuvaa ammatillista kehittymistä kohtaan. Mikäli täydennyskoulutusta rahoitetaan kaupallisten yritysten tai lääketeollisuuden toimesta, tulee huomiota kiinnittää täydennyskoulutustavoitteiden puolueettomuuteen ja kouluttajien sidonnaisuuksiin.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutustarpeita arvioidessa työnantajilla on merkittävä rooli osaamisvaatimusten asettamisessa. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden henkilökohtaisten oppimistarpeiden arvioinnissa on käytössä monipuolisesti erilaisia menetelmiä. Katsaus osoitti yhtäältä, että täydennyskoulutukseen ei välttämättä liitetty ammattihenkilön oppimistarpeiden arviointia, vaikka toisaalta työnantajat asettivat ammattihenkilöille osaamisvaatimuksia. Oppimistarpeiden ja osaamisvaatimusten tarpeiden määrittelyn tulisi olla keskeinen osa osaamisen kehittämisen ja revalidoinnin prosessia.

LÄHTEET

- A120/2017 (Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä 120/2017). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170120>. Viitattu 5.10.2017.
- Apteekkariliitto 2017. Apteekkitoiminnan eettiset ohjeet. <http://www.apteekkariliitto.fi/apteekkityo/eettiset-ohjeet.html>. Viitattu 2.10.2017.
- Archer, J. & Regan de Bere, S. 2013. The United Kingdom's Experience With and Future Plans for Revalidation. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 33(1), S48-S53.
- Arnold, R.C. & Walmsley, A.D. 2008. The use of the OSCE in postgraduate education. *European Journal of Dental Education* 12, 126-130.
- Bjørk, I.T., Tørstand, S., Hansen, B. & Samdal, G. 2009. Estimating the Cost of Professional Development Activities in Health Organizations. *Nursing Economics* 27(4), 239-244.
- Brigley, S., Johnson, C., Bird, J. & Young, H. 2006. Hospital doctors' views of their CPD and its relationship to learning in the organization. *Medical Teacher* 28(4), 379-381.
- Bullock, A., Bailey, S., Cowpe, J., Barnes, E., Thomas, H., Thomas, R., Phillips, S., Kavadella, A., Kossioni, A., Tsiklakis, K., Karaharju-Suvanto, T., Suomalainen, K., Kersten, H., Povel, E., Giles, M., Walmsley, A.D., Soboleva, U., Liepa, A. & Akota, I. 2012. Continuing professional development systems and requirements for graduate dentists in the EU: survey results from the DentCPD project. *European Journal of Dental Education* 17, e77-e81.
- Casey, M., Cooney, A., O'Connell, R., Hegarty, J.-M., Brady, A.-M., O'Reilly, P., Kennedy, C., Heffernan, E., Fealy, G., McNamara, M. & O'Connor, L. 2017. Nurses', midwives' and key stakeholders' experiences and perceptions on requirements to demonstrate the maintenance of professional competence. *Journal of Advanced Nursing* 73(3), 653-664. doi: 10.1111/jan.13171.
- ETENE (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta) 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-tja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>. Viitattu 5.10.2017.
- EU/2013/55 (Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:FI:PDF>. Viitattu 5.9.2017.
- Euroopan unionin neuvosto 2017. Neuvoston suositus eurooppalaisesta tutkintojen viitekehyksestä elinikäisen oppimisen edistämiseksi ja eurooppalaisen tutkintojen viitekehyksen perustamisesta elinikäisen oppimisen edistämiseksi. [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017H0615\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017H0615(01)&from=EN).
- European Commission 2015. Contract no. 2013 62 02 - Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf. Viitattu 5.9.2017.
- Fellows & Edwards 2016. Future skills and competences of the health workforce in Europe. Viitattu 27.10.2017. <http://www.healthworkforce.eu>.
- GMC (General Medical Council) 2017. Criteria for a recommendation of non-engagement in revalidation. <https://www.gmc-uk.org/doctors/revalidation/13693.asp>. Viitattu 29.11.2017.
- Kjaer, N.K., Steenstrup, A.P., Pedersen, L.B. & Halling, A. 2014. Continuous professional development for GPs: experience from Denmark. *Postgraduate Medical Journal* 90, 383-387.

Kunnallinen työmarkkinalaitos 2017. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammatillinen täydennyskoulutus sekä koko muun henkilöstön ammatillisen osaamisen kehittämistä koskeva koulutus vuonna 2016. https://www.kt.fi/sites/default/files/media/document/Sosiaali-ja-terveydenhuollon-taydennyskoulutus-muun-henkiloston-koulutus-2016_0.pdf. Viitattu 31.10.2017.

L93/2017 (Laki tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä 93/2017). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170093>. Viitattu 5.10.2017.

L531/2017 (Laki ammatillisesta koulutuksesta 531/2017) 8, 9 §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170531#Pidp449475520>. Viitattu 24.11.2017.

L558/2009 (Yliopistolaki 558/2009), 7, 7b §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090558>. Viitattu 24.11.2017.

L559/1994 (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994), 15, 18 §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 25.9.2017.

L932/2014 (Ammattikorkeakoululaki 932/2014), 10 §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140932#Pidp453342176>. Viitattu 24.11.2017.

L1062/1989 (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989), 18, 21 §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. Viitattu 25.9.2017.

L1326/2010 (Terveydenhuoltolaki 1326/2010), 5 §, 33 §, 35 §, 37 §, 42 §, 65 §. Viitattu 3.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

L1383/2001 (Työterveyshuoltolaki 1383/2001), 5 §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>. Viitattu 25.9.2017.

Merkur, S., Mossialos, E., Long, M. & McKee, M. 2008. Physician revalidation in Europe. *Clinical Medicine* 8(4), 371-376.

Myatt, R. 2015. Nursing and Midwifery Council revalidation. *Nursing Standard* 30 (7), 52-59.

NMC (Nursing & Midwifery council) 2017. How to revalidate with the NMC. Requirements for renewing your registration. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/revalidation/how-to-revalidate-booklet.pdf>. Viitattu 29.11.2017.

OECD 2016. Health Workforce Policies in OECD Countries. Right Jobs, Right Skills, Right Places. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

Sairaanhoitajat 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet>. Viitattu 2.10.2017.

Solé, M., Panteli, D., Risso-Gill, I., Döring, N., Busse, R., McKee, M. & Legido-Quigley, H. 2014. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continue to meet criteria for registration and licencing? *Clinical Medicine* 14(6), 633-639.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2002. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2003. Terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutus Suomessa ja eräissä muissa maissa. Monisteita 2003:11.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2004a. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Oppaita 2004:3. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2004b. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden pätevyys ja sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet työterveyshuollon täydennyskoulutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:10. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2014. Kliinisen hoitotyön lisäkoulutus. Nykytilanne ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:9.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2016. Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen. Kehittämisehdotukset tukemaan työelämän muutosta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:61.

Stewart, G.D., Teoh, K.H., Pitts, D., Garden, O.J. & Rowley, D.I. 2008. Continuing professional development for surgeons. *Surgeon* 6(5), 288-292.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Turku: Juevenes Print.

Sumanen, M., Halila, H., Hyppölä, H., Heikkilä, T., Kujala, S., Vänskä, J., Virjo, I. & Mattila, K. 2011. Pitäisikö erikoislääkärin toimiluvan olla määräaikainen? *Suomen lääkirilehti* 66(37), 2677-2681.

Suomalainen, K., Karaharju-Suvanto, T., Bailey, S., Bullock, A., Cowpe, J., Barnes, E., Thomas, H., Thomas, E., Kavadella, A., Kossioni, A., Kersten, H., Povel, E., Giles, M., Walmsley, D., Soboleva, U., Liepa, A. & Akota, I. 2013. Guidelines for the organisation of continuing professional development activities for the European dentist. *European Journal of Dental Education* 17(1), 29-37.

Suomen Hammaslääkäriliitto 2017. Eettiset ohjeet. [http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/tyoelama/hammaslaakarin-etiikka/eettiset-ohjeet#Eettiset ohjeet](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/tyoelama/hammaslaakarin-etiikka/eettiset-ohjeet#Eettiset%20ohjeet). Viitattu 2.10.2017.

Suomen hammaslääkäriseura Apollonia & Suomen hammaslääkäriliitto 2014. Täydennyskoulutus kuuluu kaikille. Hammaslääkärijärjestöjen suositus. http://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/opiskelu_ja_koulutus/taydennyskoulutussuositus_final.pdf. Viitattu 25.9.2017.

Suomen Lääkäriliitto 2014. Lääkärien ammatillisen kehittymisen ja täydennyskoulutuksen suuntaviivat - Lääkäriliiton suositus. <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/suosituks-et/taydennyskoulutus>. Viitattu 25.9.2017.

Suomen Lääkäriliitto 2016. Eettiset ohjeet. <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/eettisen-ohjee>. Viitattu 2.10.2017.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2003. Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2014/08/t%C3%A4ydennyskoulutuksen-laatuvaatimukset.pdf>. Viitattu 25.9.2017.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtioneuvoston kanslia 2014. Ministeriöiden yhteinen toimintaympäristökuvaus 2014. <http://www.tulevaisuudensuomi.fi>. Viitattu 3.10.2017.

Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) 2017. Ammattioikeudet. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>. Viitattu 27.11.2017.

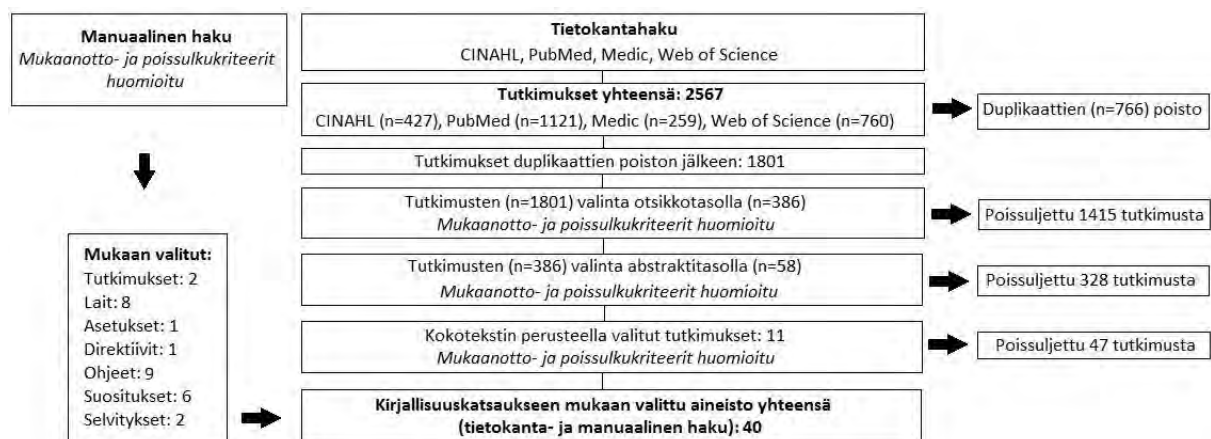
WHO (World Health Organization) 2013. Transforming and scaling up health professionals' education and training. World Health Organization Guidelines 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf?ua=1. Viitattu 25.9.2017.

LIITTEET

Liite 1. Tietokantahaku

Päivämäärä ja tietokanta	Hakulauseke	Rajaus	Tulos	Kokotekstin perusteella valittu
15.9.2017 MEDLINE (PubMed)	("health care personnel" OR "health care professional" OR "health care professionals" OR "health-care professional" OR "health-care professionals" OR doctor OR doctors OR physician* OR dentist* OR pharmacist* OR nurs* OR midwi*) AND (CPD OR "continuous professional development" OR "continuing professional development")	Vuodet 2006-2017 Text availability: Abstract	1121	3
15.9.2017 CINAHL (Ebesco)	("health care personnel" OR "health care professional*" OR "health-care professional*" OR doctor* OR physician* OR dentist* OR pharmacist* OR nurs* OR midwi*) AND (CPD OR "continuous professional development" OR "continuing professional development")	Vuodet 2006-2017 Academic journal Peer Reviewed Abstract Available	427	1
15.9.2017 Web of Science (Core Collection)	("health care personnel" OR "health care professional*" OR "health-care professional*" OR doctor* OR physician* OR dentist* OR pharmacist* OR nurs* OR midwi*) AND (CPD OR "continuous professional development" OR "continuing professional development")	Vuodet 2006-2017	760	6
15.9.2017 Medic	"health care personnel" "health care professional*" "health-care professional*" doctor* physician* dentist* pharmacist* nurs* midwi* "terveydenhuollon ammattihenkilö*" "terveydenhuollon ammattilainen*" lääkäri* hammaslääkäri* farmaseut* proviiri* hoitaja* kättilä* AND "ammattillinen kehitys*" täydennyskoulu* CPD "continuous professional development" "continuing professional development"	Vuodet 2006-2017	259	1

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen aineiston hakuprosessi



Liite 3. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut tutkimukset

Tekijät, julkaisu-vuosi, tutkimus-maa	Tarkoitus	Kohderyhmä, otoskoko	Aineistonkeruu-menetelmä	Keskeiset tulokset
Archer & Regan de Bere 2013, Iso-Britannia	Katsausartikkeli lääkärin revalidoinnista Iso-Britanniassa.	Lääkärit	Katsausartikkeli	<ul style="list-style-type: none"> – Lääkäreillä on pakollinen, v. 2012 voimaan tullut, revalidointi, johon kuuluu ammattipätevyyden osoittaminen henkilökohtaisen portfolion (taulukko 7) avulla sekä osallistuminen täydennyskoulutukseen n. 50 tunniksi vuosittain. – Revalidointi otettiin käyttöön Iso-Britanniassa vakavien hoitovirhetapauksien vuoksi. – Lääketieteellisen johtajan tulee antaa joka viides vuosi General Medical Councilille (GMC) suositus alaisuudessaan olevien lääkäreiden revalidoinnista seniorilääkärin tekemien vuotuisten arviointien perusteella. Revalidoinnista päättää viimekädessä GMC. – Revalidoinnissa käytettiin vertaisarviointien ja potilaspalautteiden keräämistä varten multisource feedback -menetelmiä. – Revalidoinnissa havaittuja epäkohtia olivat lääketieteellisten johtajien päätösten ja arviointien yhdenmukaisuus sekä toimenpidesuunnitelmien puute niiden lääkäreiden kohdalla, joiden ammatinharjoittaminen aiheuttaa huolta.
Arnold & Walmsley 2008, Iso-Britannia	Kuvata OSCE-menetelmän sovellusta hammaslääkärin elinikäisen oppimisen ja jatkuvan ammatillisen kehittymisen kehittämisessä.	Hammaslääkärit (n=129)	Kysely OSCE-kurssin jälkeen	<ul style="list-style-type: none"> – Suurin osa kyselyyn osallistuneista hammaslääkäreistä tunnisti OSCE:n avulla kliinisen työn alueita, joissa heidän tulisi tulevaisuudessa kehittyä.
Björk ym. 2009, Norja	Esittää malli sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen kustannusten arvioimiseen	Hoitotyön johtajat (n=33)	Fokusryhma-haastattelut	<ul style="list-style-type: none"> – Terveystieteiden nuorkokien varojen vuoksi hoitotyön johtajien tulisi arvioida systemaattisemmin täydennyskoulutustoiminnan aiheuttamia kustannuksia ja kehittää osaamistaan kustannusten arvioimiseksi. Apuna voitaisiin käyttää tutkimuksessa esitettyä kustannusarviomallia, jossa kustannukset muodostuvat organisaation keskitetyistä kustannuksista, paikallisella tasolla muodostuneista kustannuksista sekä yksittäisen työntekijän tasolla muodostuneista kustannuksista. – Mikäli työnantajat eivät rahoita sairaanhoitajien täydennyskoulutustoimintaa, voi se johtaa motivaation katoamiseen työtä ja ammatillista kehittymistä kohtaan.
Brigley ym. 2006, Iso-Britannia	Selvittää lääkärin näkemyksiä täydennyskoulutuksesta.	Lääkärit (n=869)	Kysely	<ul style="list-style-type: none"> – Lääkärin suosimaan täydennyskoulutustoimintaan kuuluivat tieteelliset ja kliiniset kokoukset sekä itsenäinen lukeminen. – Suurin osa lääkäreistä oli sitä mieltä, että täydennyskoulutus vastasi työpaikan tarpeita. – 40 % lääkäreistä oli sitä mieltä, että osallistumista täydennyskoulutukseen rajoitti koulutusten puutteellinen rahoitus.
Bullock ym. 2012, EU:n jäsen- ja ehdokasmaat	Selvittää hammaslääkäreiden täydennyskoulutusohjelmia, täydennyskoulutusvaatimuksia, täydennyskoulutuksen tarjoajia, täydennyskoulutuksen akkreditointia sekä täydennyskoulutussäännöksiä EU-maissa.	EU:n jäsen- ja ehdokasmaiden hammaslääkärikouluttajat (n=143)	Kysely, joka oli osa DentCPD-projektia	<ul style="list-style-type: none"> – N. 80 % hammaslääkärikouluttajista oli sitä mieltä, että täydennyskoulutuksen tulisi olla pakollista kaikille hammaslääkäreille. Saman verran vastaajia oli myös sitä mieltä, että jokaisessa EU-maassa tulisi olla virallinen, kansallisesti akkreditoitu, täydennyskoulutusjärjestelmä. – Täydennyskoulutustoimintaa rahoittivat 80 % EU:n jäsen- ja ehdokasmaista hammaslääkärit itse. – Kurssit, konferenssit ja seminaarit olivat yleisimpiä täydennyskoulutusmenetelmiä. – Järjestäjinä toimivat useimmiten yliopistot ja ammattiyhdistykset.

Casey ym. 2017, Irlanti	Esittää sairaanhoitajien, kättilöiden ja keskeisten sidosryhmien näkemyksiä irlantilaisien sairaanhoitajien ja kättilöiden ammattipätevyyden ylläpitämisestä.	Kättilöt, sairaanhoitajat ja keskeisten sidosryhmien edustajat (mm. ammattiliittojen edustajat) (n=91)	Fokusryhma- haastattelut	<ul style="list-style-type: none"> – Työssä oppimista pidettiin yhtä tärkeänä kuin teoreettista oppimista ammattipätevyyden kehittämisessä. – Tutkimukseen osallistuneiden mukaan oppimistarpeet tulisi määrittää yhdessä sairaanhoitajan tai kättilön lähiesimiehen kanssa. – Tutkimukseen osallistujien mukaan ammattipätevyyttä voitiin hoito- ja kättilötyössä arvioida itsearvioinnilla, kliinisellä ohjauksella, mentoroinnilla, veraisarvioinnilla, simulaatiolla, reflektoinnilla ja portfolion avulla. – Tutkimukseen osallistujien mukaan kansallisella rekisteröinti- ja valvontaviranomaisella (Nursing and Midwifery Board of Ireland NMBI) on vastuu määritellä sairaanhoitajien ja kättilöiden ammattipätevyys standardit.
European Commission 2015, EU:n jäsenmaat ja EFTA-maat	Tutkimus koskee EU-/EFTA-maiden lääkärin, hammaslääkärin, apteekkialan ammattilaisten, sairaanhoitajien sekä kättilöiden jatkuvaa ammatillista kehittymistä ja elinikäistä oppimista. Tutkimuksessa selvitetään aiheeseen liittyvien toimintatapojen taustaa, esitetään katsaus saatavilla olevasta kirjallisuudesta, sekä kuvataan kyselytutkimuksen ja asiantuntijaseminaarin tulokset. Lisäksi tutkimuksessa esitetään EU-/EFTA-maiden täydennyskoulutusaloitteita, annetaan aiheeseen liittyviä suosituksia, tunnistetaan täydennyskoulutuksen toteuttamiseen liittyviä esteitä, sekä selvitetään potilasturvallisuuden ja hoidon laadun esiintymistä täydennyskoulutuksen aiheina.	31 EU-/EFTA-maan lääkärin, hammaslääkärin, apteekkialan ammattilaisten, sairaanhoitajien ja kättilöiden jatkuvasta ammatillisesta kehittämisestä vastaavat tahot	Kysely, asiantuntija-seminaari	Kts. luvut 5.1.2, 5.2–5.3.5.
Kjaer ym. 2014, Tanska	Selviittää yleislääkärin täydennyskoulutukseen osallistumista sekä motiiveja täydennyskoulutukseen osallistumista kohtaan.	Yleislääkärit, fokusryhmissä n=13 ja kyselyssä n=686	Fokusryhma- haastattelu ja kysely	<ul style="list-style-type: none"> – Täydennyskoulutukseen osallistuvista yleislääkäreistä 93 % osallistui ulkopuolisten järjestäjien kursseille, 89 % luki tieteellisiä aikakauslehtiä ja 83 % käytti sähköisiä tietokantoja. – Täydennyskoulutustoiminnan valinta perustui lääkärin henkilökohtaiseen tarvearviointiin. Tarvearvioinnissa korostui oppimistarpeiden henkilökohtainen reflektointi. Tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että reflektioiva ja lääkäreitä tukeva tarvearviointijärjestelmä voisi auttaa lääkäreitä ymmärtämään paremmin henkilökohtaisia oppimistarpeitaan.
Myatt 2015, Iso-Britannia	Kuvata sairaanhoitajien ja kättilöiden revalidointia	Sairaanhoitajat ja kättilöt	Katsausartikkeli	<ul style="list-style-type: none"> – Sairaanhoitajien ja kättilöiden tulee uusia ammatinharjoittamisoikeutensa vuonna 2016 voimaan tulleen revalidoinnin kautta, jossa huomioidaan täydennyskoulutukseen osallistuminen. – Sairaanhoitajien ja kättilöiden revalidoinnin toimeenpanija oli Nursing and Midwifery Council (NMC). NMC suosittelee sairaanhoitajia ja kättilöitä kokoamaan revalidointiin liittyvät tiedot portfolioon, sillä se valitsee vuosittain satunnaisotannalla joukon sairaanhoitajia ja kättilöitä todistamaan ammatitaitonsa ajantasaisuuden. Taulukossa 8 esitetään tiedot, jotka sairaanhoitajien ja kättilöiden revalidointi-portfolion tulee sisältää. – Ammatinharjoittamislupa uusitaan 3 vuoden välein revalidoinnilla. Sairaanhoitajien ja kättilöiden tulee osallistua revalidoinnissa kolmen vuoden aikana täydennyskoulutukseen vähintään 35 tuntia, sekä työskennellä 450 tuntia koulutusta vastaavassa työssä. Mikäli sairaanhoitaja tai kättilö ei ole työskennellyt koulutustaan vastaavassa työssä kolmen vuoden aikana 450 tuntia, tulee hänen osallistua työhön paluu-ohjelmaan.

Solé ym. 2014, EU- maat	Käsitellä lääkärin ammatillisen pätevyyden varmistamista ja jatkuvaa ammatillista kehittymistä EU-maissa.	Asiantuntijat kansallisista sääntelevistä elimistä 10 EU-maasta. Vastaajia saattoi olla samasta maasta useampia. Vastaajien tarkkaa lukumäärää ei ilmoitettu tutkimuksessa.	Kysely	<ul style="list-style-type: none"> Tutkimuksessa mukana olleissa 10 EU-maassa lääkärin ammattipätevyyttä seurattiin ja täydennyskoulutusta koordinoitiin useiden eri toimijoiden kesken. Eri toimijoita olivat mm. ministeriöt, komiteat ja ammatilliset yhdistykset. Eri toimijoiden tehtäviin kuului ylläpitää rekistereitä ja ammatillisia standardeja, laatia ohjeita, määritellä oikeita käytäntöjä sekä organisoida täydennyskoulutustoimintaa. Tutkimuksessa mukana olleissa maissa ammattijärjestöillä oli tärkeä rooli täydennyskoulutustoiminnan akkreditoinnissa. Muutamassa maassa täydennyskoulutuksen akkreditointiin oli myös omia yhdistyksiä.
Stewart ym. 2008, Iso-Britannia	Kuvata lääkärieneuvoston täydennyskoulutusodotuksia sekä kirurgien täydennyskoulutukseen osallistumista ja asenteita täydennyskoulutusta kohtaan.	Kirurgit (n=498)	Internet-kysely	<ul style="list-style-type: none"> Kirurgit kouluttautuivat lukemalla tieteellisiä artikkeleita, osallistumalla konferensseihin, paikallisiin tapaamisiin ja taitojen testaamiseen (audit). Lisäksi he opettivat ja käyttivät Internetiä. Täydennyskoulutusta rahoitettiin tyypillisimmin omakustanteisesti.
Sumanen ym. 2011, Suomi	Selvittää eri lääkäriyhdistysten suhtautumista lääkärin toimiluvan määräaikaasuuteen sekä mahdollisen resertifikaation edellytyksiin.	Lääkärit (n=2956)	Kysely	<ul style="list-style-type: none"> Lääkärit suhtautuivat pääosin kielteisesti erikoislääkäriainekseiden määräaikaistamiseen ja lääkäreistä vain 9 % kannatti toimiluvan uusimista. Yli viidenneksen lääkäreistä ei osannut sanoa, kannattavatko he erikoislääkärin toimiluvan uusimista vai eivät. Mikäli erikoislääkärin toimiluvan uusiminen toteutetaan Suomessa, tulisi sen lääkärin mukaan perustua ensisijaisesti täydennyskoulutukseen osallistumiseen. Lääkärit eivät pitäneet kirjallista tenttiä hyvänä vaihtoehtona. Lääkärin suhtautumisessa toimiluvan uusimisen menetelmiin todettiin olevan jossain määrin vaihtelua erikoisalojen välillä. Konservatiiviset lääketieteen erikoisalat suhtautuivat myönteisimmin kirjalliseen tenttiin ja psykiatriset alat suhtautuivat myönteisemmin työnäytteeseen. Vertaisarviointia kannattivat eniten operatiiviset ja diagnostiset alat.
Suomalainen ym. 2013, EU-maat	Kuvata tutkimustuloksia DentCPD-projektiin liittyen.	Kyselyssä EU-maiden hammaslääkärikouluttajat (n=172) (vastaajien joukossa oli myös yksi yleislääkäri, kaksi hammaslääketieteen alan yksityisen sektorin edustajaa ja kolme opiskelijaa). Keskustelut käytiin ADEE:n (Association for Dental Education in Europe) kokouksissa.	Kysely ja keskustelut	<ul style="list-style-type: none"> Yliopistot ja hammaslääketieteelliset organisaatiot olivat yleisimpiä hammaslääkäreiden täydennyskoulutuksen järjestäjiä. Kaupalliset tahot voivat järjestää hammaslääkärin täydennyskoulutusta, mutta niiden kouluttajien tuli olla päteviä, eikä heillä saanut olla intressisidonnaisia. Talouden kehitys on nostanut huolen siitä, että laadukkaasta täydennyskoulutuksesta tunnetut yliopistot alkavat käyttää kaupallisia yrityksiä. Tämä saattaa vaarantaa oppimistavoitteiden puolueettomuuden ja saatavilla olevien materiaalien saatavuuden. Hammaslääkäreiden täydennyskoulutustarpeiden arvioinnissa korostui hammaslääkäreiden reflektointitaidot. Hammaslääketieteen täydennyskoulutustoiminnassa todettiin tarpeelliseksi suunnitella täydennyskoulutus kattamaan koko hammashoitotiimin tarpeet. Tällä tavoin voitiin vahvistaa hammashoitotiimin yhteisiä päämääriä sekä tehostaa uudenlaisten tekniikoiden ja työskentelytapojen käyttöönottoa. Täydennyskoulutuksen järjestämiseen tulisi liittää laadunarviointia. Laadunarvioinnissa tulee arvioida täydennyskoulutuksen järjestäjiä ja itse täydennyskoulutustoimintaa. Hammaslääketieteen täydennyskoulutukseen tulisi luoda yhtenäiset, kansainvälisesti tunnistetut akkreditointikriteerit täydennyskoulutuksen järjestäjille. Täydennyskoulutuksen akkreditoinnissa tulisi huomioida, että täydennyskoulutusta tarjoavilla opettajilla tai asiantuntijoilla tulisi olla hammaslääketieteen asiantuntijuuden lisäksi pedagogista pätevyyttä. Täydennyskoulutustoiminnan laadunhallinnan kannalta olisi suositeltavaa kerätä palautetta täydennyskoulutukseen osallistujilta.

Liite 4. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitut lait, asetukset, direktiivit, ohjeet, suositukset ja selvitykset.

Lait
Ammattikorkeakoululaki (932/2014)
Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)
Laki ammatillisesta koulutuksesta (531/2017)
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)
Laki tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä (93/2017)
Terveydenhuoltolaki (1326/2010)
Työterveyshuoltolaki (1383/2001)
Yliopistolaki (558/2009)

Asetukset
Valtioneuvoston asetus tutkintojen ja muiden osaamiskokonaisuuksien viitekehyksestä (120/2017)

Direktiivit
Euroopan unionin ammattipätevyysdirektiivi (EU/2013/55)

Ohjeet
Apteekkariliitto 2017: Apteekkitoiminnan eettiset ohjeet
GMC 2017: Criteria for a recommendation of non-engagement in revalidation
Hammaslääkäriliitto 2017: Eettiset ohjeet
NMC 2017: How to revalidate with the NMC. Requirements for renewing your registration
Sairaanhoitajat 2014: Sairaanhoitajien eettiset ohjeet
STM 2002: Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi
STM 2004b: Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden pätevyys ja sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet työterveyshuollon täydennyskoulutuksesta
Suomen Lääkäriliitto 2016: Eettiset ohjeet
WHO 2013: Transforming and scaling up health professionals' education and training

Suosituks
ETENE 2011: Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta
Euroopan unionin neuvosto 2017: Neuvoston suositus eurooppalaisesta tutkintojen viitekehyksestä elinikäisen oppimisen edistämiseksi ja eurooppalaisen tutkintojen viitekehyksen perustamisesta elinikäisen oppimisen edistämiseksi
STM 2004a: Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus
Suomen hammaslääkäri-seura ja Suomen hammaslääkäriliitto 2014: Täydennyskoulutus kuuluu kaikille. Hammaslääkärijärjestöjen suositus
Suomen Lääkäriliitto 2014: Lääkärien ammatillisen kehittymisen ja täydennyskoulutuksen suuntaviivat - Lääkäriliiton suositus
Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2003: Täydennyskoulutuksen laatuvaatimukset

Selvitykset
STM 2014: Kliinisen hoitotyön lisäkoulutus. Nykytilanne ja kehittämis ehdotukset
STM 2016: Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen. Kehittämis ehdotukset tukemaan työelämän muutosta

